

Michael Krause, Joachim Hafkesbrink, Janina Evers

**Trendreport ambulante soziale
Unterstützungsdienstleistungen im Alter
– ökonomische Perspektiven**

**artec-paper 178
Januar 2012**

ISSN 1613-4907



artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit
Enrique-Schmidt-Str. 7
Postfach 330 440
28334 Bremen

<http://www.artec.uni-bremen.de>

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit ist eine Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der Universität Bremen. Es wurde 1989 zunächst als Forschungszentrum Arbeit und Technik (artec) gegründet. Seit Mitte der 90er Jahre werden Umweltprobleme und Umweltnormen in die artec-Forschung integriert. Das Forschungszentrum bündelt heute ein multi-disziplinäres Spektrum von – vorwiegend sozialwissenschaftlichen – Kompetenzen auf dem Gebiet der Nachhaltigkeitsforschung. „artec“ wird nach wie vor als ein Teil der Institutsbezeichnung beibehalten.

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit gibt in seiner Schriftenreihe „artec-paper“ in loser Folge Aufsätze und Vorträge von MitarbeiterInnen sowie ausgewählte Arbeitspapiere und Berichte von durchgeführten Forschungsprojekten heraus (www.artec.uni-bremen.de/paper/paper.php).

Impressum

Herausgeber:

Universität Bremen

artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit

Postfach 33 04 40

28334 Bremen

Tel.: 0421 218 61800

Fax.: 0421 218 98 61800

Web: www.artec.uni-bremen.de

Kontakt:

Andrea Meier

E-Mail: andrea.meier@artec.uni-bremen.de

COCKPIT

Produktivitäts-Cockpit soziale Dienstleistungen
– Messung, Bewertung und Gestaltung der
Produktivität in einem dynamisch wachsenden
Dienstleistungsmarkt

(Förderkennzeichen 01FL10030)

gefördert durch:



STRATEGISCHE PARTNERSCHAFT
PRODUKTIVITÄT VON DIENSTLEISTUNGEN



Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Zielsetzung des Trendreports:
Betreuung und Pflege – ein Dienstleistungsbereich im Umbruch
2. Die Produktivität von sozialen Dienstleistungen - Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf im Spannungsfeld von Wohlfahrtspflege und Seniorenwirtschaft
 - 2.1 Bezugsrahmen:
Das St. Galler Management Modell für Dienstleistungen
 - 2.2 Produktivität von Dienstleistungen
 - 2.3 Die Besonderheiten von sozialen Dienstleistungen
- Produktivitätskonzept soziale Dienstleistungen
3. Von der Wohlfahrtspflege zur Seniorenwirtschaft
- Paradigmenwechsel im System Pflege?
 - 3.1 Das Innovationssystem Betreuung und Pflege von
älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf
 - 3.2 Neue Herausforderungen im Innovationssystem „Betreuung und Pflege“
 - 3.2.1 Gesellschaftliche Trends – der sozio-demografische Wandel und die
die quantitativen und qualitativen Konsequenzen für die Nachfrageseite
 - 3.2.2 Ökonomische Trends – Neustrukturierung der Anbieterseite
 - 3.2.2.1 Seniorenwirtschaft – ein neuer Wirtschaftssektor mit großem
Wachstumspotenzial?
 - 3.2.2.2 Fachkräftemangel als Entwicklungshemmnis
 - 3.2.3 Technische Entwicklungen – Ambient Assisted Living für Sicherheit,
Gesundheit, Komfort und soziale Integration
 - 3.2.4 Politische und rechtliche Rahmenbedingungen
Quartierskonzepte als neuer Organisationsansatz für die Betreuung
und Pflege von (älteren) Menschen mit Unterstützungsbedarf
 - 3.3 Fazit: Übergangsprozesse im Innovationssystem Betreuung und Pflege
aktiv (mit)gestalten
 - 3.3.1 Chancen und Risiken - Stärken und Schwächen
im Innovationssystem Betreuung und Pflege
 - 3.3.2 Entwicklung von einem Unternehmen der Wohlfahrtspflege zum
sozialwirtschaftlichen Dienstleister in der Seniorenwirtschaft
4. Das Produktivitäts-Cockpit – ein Instrument zur Messung, Bewertung und Gestal-
tung der Produktivität von Dienstleistungen zur Betreuung und Pflege von älteren
Menschen mit Unterstützungsbedarf
5. Literaturverzeichnis

1. Hintergrund und Zielsetzung des Trendreports: Betreuung und Pflege – ein Dienstleistungsbereich im Umbruch

Die aktuelle öffentliche Diskussion zum Thema soziale Dienstleistungen ist überwiegend gekennzeichnet durch Bedrohungsszenarien, die angesichts der prognostizierten Zunahme der Zahl der Unterstützungsbedürftigen, dem Fachkräftemangel und der geringen Attraktivität der Berufe in sozialen Dienstleistungen (z.B. Pflege, Betreuung), der Finanzierungsprobleme der öffentlichen Kassen, der Zunahme der Altersarmut sowie der zunehmenden Ökonomisierung von Gesundheit und Pflege mit ihren negativen Effekten nicht nur auf die Arbeitsbedingungen, sondern auch auf die Qualität der sozialen Dienstleistungen entworfen werden. Meist werden dabei jedoch die vielfältigen Zusammenhänge, Abhängigkeiten und Wechselwirkungen in dem komplexen „System soziale Dienstleistungen“ zu wenig berücksichtigt.

Über Jahrzehnte war das System, in dem die sozialen Dienstleistungen, z.B. Betreuung und Pflege vor allem von älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf stattfindet, ein relativ gut überschaubarer und weitgehend stabiler Sektor: Neben der Pflege im häuslichen Bereich auf der einen Seite – meist durch Familienangehörige und, nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995, verstärkt durch professionelle ambulante Pflegedienste durchgeführt - gab es auf der anderen Seite stationäre Pflegeeinrichtungen, die meist in kirchlicher oder öffentlicher/kommunaler Trägerschaft betrieben wurden.¹

Dieses System befindet sich seit einigen Jahren aufgrund zahlreicher soziodemographischer Veränderungen sowie veränderter politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen in einem kontinuierlichen Umbruch bzw. Wandlungsprozess. Einerseits geht es darum, angesichts der oben skizzierten Herausforderungen die Unterstützung von älteren Menschen auch weiterhin mit einer hohen Effektivität bzw. Qualität sicherzustellen. Andererseits verbinden sich mit den Entwicklungen im Umfeld von Betreuung und Pflege auch Hoffnungen auf große wirtschaftliche Chancen – einzelne sprechen in diesem Zusammenhang auch von einer „Boom-Branche“ (Augurzky et al. 2011).

Sowohl die „angestammten“ als auch die neu in diesen sich formierenden Markt eintretenden Akteure sind gefordert, sich (neu) zu positionieren und ihr Angebot auf die veränderten Bedarfe eines immer differenzierteren Spektrums unterschiedlicher Zielgruppen auszurichten. Für die „traditionellen“, in der Regel aus dem Bereich der Wohlfahrtspflege kommenden Einrichtungen bedeutet das vor allem, sich stärker unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten aufzustellen – und dabei verstärkt, z.B. aufgrund des externen Kostendrucks, auch Vorgehensweisen und Instrumente aus dem „Profit“-Bereich anzuwenden.

Um zu einer weiteren Versachlichung der Debatte zur Entwicklung der Pflege beizutragen und den Akteuren auf der Seite der Anbieter von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen Orientierung zu geben, werden im vorliegenden Report das System Pflege und die aktuellen Entwicklungen in diesem System dargestellt, die Aspekte herausgearbeitet, die für die Zukunftsfähigkeit des Sektors eine besondere Relevanz besitzen sowie erste Ansatzpunkte und Handlungsempfehlungen für eine strategische Neupositionierung abgeleitet. Die Autoren des Trendreports gehen dabei von der Grundannahme aus, dass die vielfältigen Herausforderungen im Bereich Betreuung und Pflege nicht nur Bedrohungen und Risiken

¹ Zu einer ausführlicheren Darstellung der (historischen) Entwicklung in der Pflege und ihren Strukturen vgl. beispielhaft Staudinger et al. 2007: 17-32 oder Becke et al. 2011: 13-16.

darstellen, sondern auch zahlreiche Potenziale und Chancen für eine nachhaltige Sicherung einer zuverlässigen und qualitativ hochwertigen Dienstleistungserbringung beinhalten.

Der vorliegende Trendreport wurde im Rahmen des Projektes „Produktivitäts-Cockpit soziale Dienstleistungen – Messung, Bewertung und Gestaltung der Produktivität in einem dynamisch wachsenden Dienstleistungsmarkt (Cockpit)² erstellt. Zielsetzung des Projektes Cockpit ist es, für den Bereich der sozialen Dienstleistungen Methoden und Instrumente zur Messung, Bewertung und Gestaltung der Produktivität zu entwickeln und zu erproben. Angesichts der Heterogenität der verschiedenen Sozialmärkte (Altenhilfe, Jugendhilfe, Behindertenhilfe, Familienhilfe etc.) mit ihren jeweils sehr unterschiedlichen Zielgruppen, Anforderungen und Rahmenbedingungen konzentriert sich der Trendreport auf den Bereich der Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf. Der Report betrachtet die Thematik der Produktivität aus der Perspektive der ökonomischen Dienstleistungsforschung. Dabei steht die Sichtweise des einzelnen Dienstleistungsanbieters und wie dieser seine Produktivität bei der Dienstleistungserbringung verbessern kann im Vordergrund.

Das zweite Kapitel erläutert den Bezugsrahmen des Trendreports, das zugrundeliegende Produktivitätsverständnis sowie die daraus abgeleiteten Gestaltungsfelder der Produktivität von Dienstleistungen in Betreuung und Pflege. Im dritten Kapitel werden die Entwicklungen in den verschiedenen Bereichen im „System Pflege“ dargestellt. Dabei wird im Schwerpunkt auf die Gestaltungsfelder des Produktivitätsmodells Bezug genommen. Das Kapitel führt im Sinne einer Stärken/Schwächen – Chancen/Risiken-Analyse die Ergebnisse in einer sog. SWOT-Matrix zusammen. Es werden erste Ansatzpunkte für eine strategische (Neu-)Ausrichtung von Anbietern von Unterstützungsdienstleistungen im Bereich Betreuung und Pflege von älteren Menschen abgeleitet. Der Trendreport schließt mit der Vorstellung eines Modells zur Messung, Bewertung und Gestaltung der Produktivität von sozialen Dienstleistungen – dem Produktivitäts-Cockpit - ab, das die verschiedenen Perspektiven zusammenführt.

In den vergangenen Jahren sind mit Bezug zum Bereich der Betreuung und Pflege in Wissenschaft und Praxis zahlreiche Studien sowie Projekte durchgeführt worden, z.B. zu neuen Wohnformen für ältere Menschen, organisatorischen Konzepten (Quartiere), technischen Unterstützungsmöglichkeiten (ambient assisted living) und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen in der Pflege. Im Rahmen der Erstellung des Reports wurden einschlägige Gutachten, Studien und (Ergebnis-)Berichte u.a. zu diesen Bereichen ausgewertet sowie Gespräche mit Vertretern aus unterschiedlichen Einrichtungen des Sektors geführt.

² Das Verbundprojekt Cockpit (Produktivitäts-Cockpit soziale Dienstleistungen – Messung, Bewertung und Gestaltung der Produktivität in einem dynamisch wachsenden Dienstleistungsmarkt) wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (Förderkennzeichen 01FL10030). Beteiligt am Verbundprojekt sind das Rhein-Ruhr Institut für angewandte Systeminnovation (RIAS) e.V., das artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit der Universität Bremen, der Verein für Innere Mission e.V., Bremen sowie die K.S. Krefelder Seniorenhilfe GmbH.

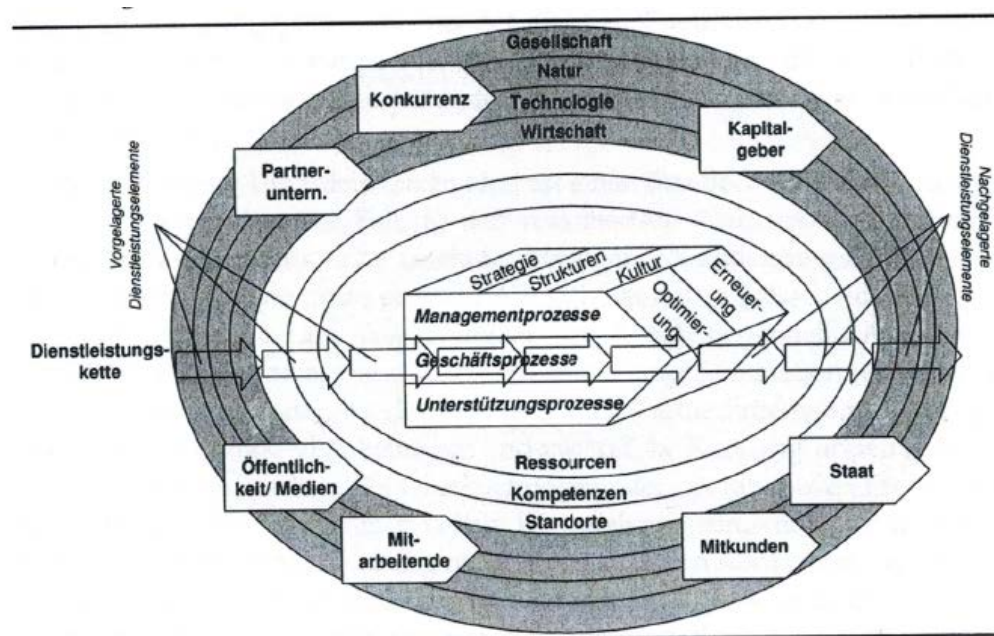
2. Die Produktivität von sozialen Dienstleistungen - Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf im Spannungsfeld von Wohlfahrtspflege und Seniorenwirtschaft

2.1 Bezugsrahmen:

Das St. Galler Management Modell für Dienstleistungen

Die Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf vollzieht sich in einem komplexen System mit z.T. sehr unterschiedlichen Akteuren und steht unter dem Einfluss zahlreicher Entwicklungen in Gesellschaft, Politik, Wirtschaft und Wissenschaft. Vor dem Hintergrund der Forderung, soziale Arbeit noch konsequenter als *Dienstleistung* zu begreifen (vgl. Lutz 2008: 3; Fließ 2002; Lehndorff 2006), wird zur Strukturierung des Untersuchungsfeldes sowie als Bezugsrahmen für den Trendreport das St. Galler Management Modell für Dienstleistungen herangezogen (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: St. Galler Management Modell für Dienstleistungen
(Quelle: Bieger 2007: 4)

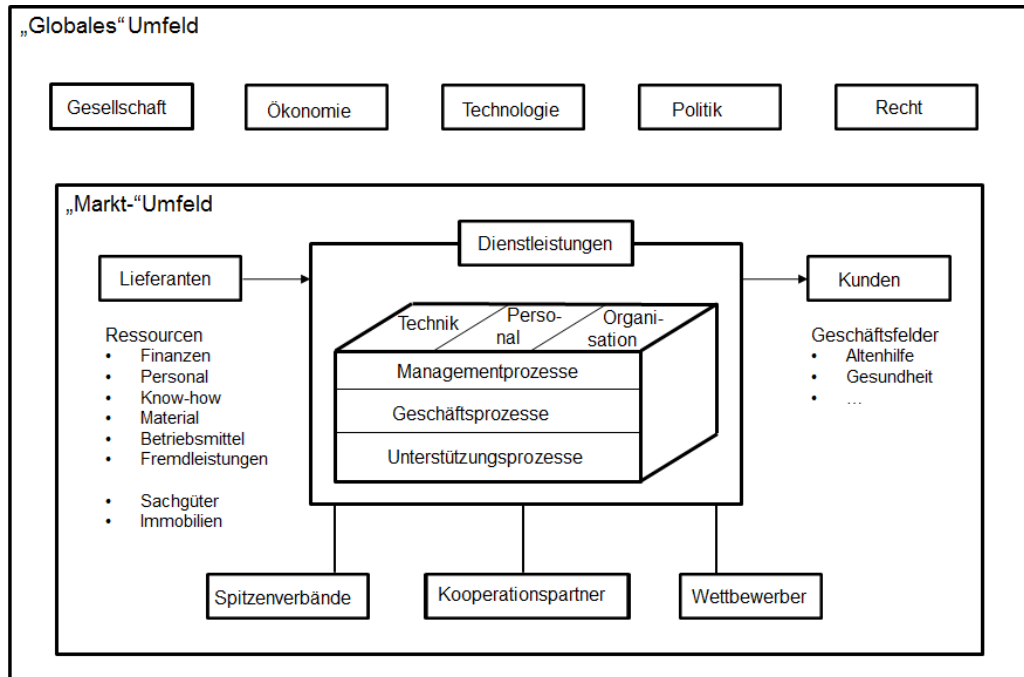


Das Modell bildet das Unternehmen mit seinen Prozessen, seiner Strategie, seinen Strukturen, seiner Kultur, seinen Ressourcen und Kompetenzen sowie sein Umfeld mit den verschiedenen Einflussbereichen ab. Im Mittelpunkt des Modells steht die sog. Dienstleistungskette; diese folgt der Grundidee, dass sich der Kunde seinem spezifischen Bedarf entsprechend die passgenauen Dienstleistungen resp. Teilleistungen zusammenstellen kann. Mit Blick auf das Untersuchungsfeld des Reports passt diese Denkweise gut zu den Überlegungen von Akteuren in der Pflege, die angesichts der vielfältigen Entwicklungen in ihrer Branche davon ausgehen, dass zukünftig durch die individuelle Dienstleistungskombination eine „Pflege nach Maß“ möglich wird, die die unterschiedlichen Bedürfnisse befriedigt (Stampfl 2011: 164).

Zu den Stakeholdern gehören neben den Mitarbeitenden weitere Unternehmen (Partnerunternehmen und Wettbewerber), Kapitalgeber sowie Staat und Öffentlichkeit. Die Unternehmen und deren Anspruchsgruppen werden durch die Umfeldfaktoren Gesellschaft, Wirtschaft, Technologie und Natur beeinflusst (vgl. ausführlicher Bieger 2007: 5ff.).

Aufgrund der Besonderheiten im Bereich der sozialen Dienstleistungen, die sich von anderen personengebundenen Dienstleistungen z.T. stark unterscheiden, wird dieses Modell für die vorliegende Untersuchung abgewandelt bzw. angepasst (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Referenz-Modell für Unternehmen im Bereich Betreuung und Pflege
(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Bieger 2007: 4 und Förschler 2008: 94)



In diesem Modell wird in einer vereinfachenden Annahme unterstellt, dass die Prozesse im Unternehmen zur Erbringung der Dienstleistung durch eine Kombination von Technik, Personal und Organisation erfolgt. Im „globalen“ Umfeld werden die fünf Einflussbereiche

- Gesellschaft,
- Ökonomie,
- Technologie,
- Politik und
- Recht

abgebildet. Die Entwicklungen in diesen Bereichen haben Auswirkungen auf

- das „Markt“-Umfeld des Unternehmens; das sind im Kern die Kunden, die Wettbewerber, die Kooperationspartner sowie die Lieferanten der benötigten Ressourcen (u.a. Finanzen, Personal, Know-how),
- das Unternehmen selbst sowie
- die Dienstleistungen und Produkte.

Der Trendreport orientiert sich in seiner Darstellung an dieser Systematik: zunächst werden die relevanten gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, technologischen sowie die politischen und rechtlichen Trends dargestellt. Die aufgezeigten Entwicklungen werden dann

jeweils bezogen auf ihre Auswirkungen für das Markt-Umfeld, das Unternehmen und die Dienstleistung bewertet.

Vor dem Hintergrund der Zielsetzung, auf der Basis der identifizierten Trends sowie Erfahrungen aus Projekten und Modellversuchen erste Handlungsmöglichkeiten mit Blick auf die Messung, Gestaltung und Bewertung der Produktivität sozialer Dienstleistungen abzuleiten, sind als weitere Orientierungsgröße die konkreten Gestaltungsfelder der Produktivität von sozialen Dienstleistungen heranzuziehen. Dazu wird im Folgenden kurz das zugrundeliegende Verständnis der Produktivität von sozialen Dienstleistungen erläutert. Daraus ergeben sich verschiedenen Bereiche, die für die Messung, die Bewertung und die Gestaltung der Produktivität – quasi als „Stellschrauben“ – von Bedeutung sind.

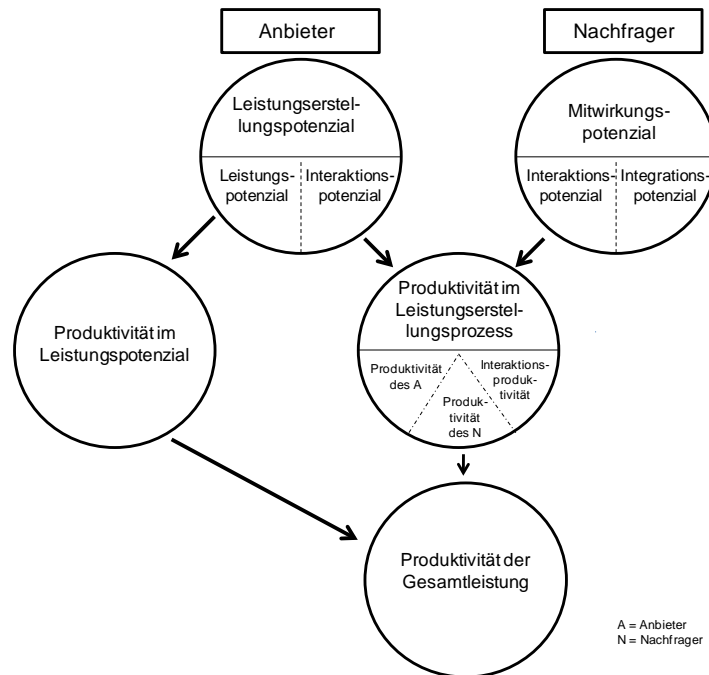
2.2 Produktivität von Dienstleistungen

Obwohl das Thema Produktivität eine der zentralen Herausforderungen für die Dienstleistungswirtschaft ist, besteht hier noch ein erheblicher Bedarf - Ansätze aus dem Produktionsbereich können nicht ohne weiteres auf den (sozialen) Dienstleistungssektor übertragen werden. Für die Messung, Bewertung und Gestaltung der Produktivität von Dienstleistungen gibt es zwar bereits verschiedene Arbeiten (u.a. Reichwald/Möslein 1995; Lasshof 2006). Für den Bereich sozialer Dienstleistungen – und hier speziell Pflegedienstleistungen – existieren jedoch noch keine tragfähigen betriebswirtschaftlichen Konzepte und Instrumente, die im Zusammenhang mit einer Steigerung der Effizienz und Effektivität die Besonderheiten dieses Sektors explizit berücksichtigen.

Der Versuch, die klassischen input-output-Modelle der Produktivitätsbetrachtungen aus dem produzierenden Sektor auf die Ebene von Dienstleistungen zu übertragen, zeigte sehr schnell die engen Grenzen bezogen auf die Messung, Bewertung und Gestaltung von Dienstleistungsproduktivität. Vor allem aufgrund der bei Dienstleistungen entscheidenden Bedeutung des sog. externen Faktors – sprich Kunden – im gesamten Prozess der Dienstleistungserstellung ist eine sehr viel differenziertere Betrachtung der Produktivität notwendig (Fließ 2009; Büttgen 2007; Lasshof 2006).

So nehmen Johnston/Jones (2004) eine Unterteilung der Gesamtproduktivität in Anbieter- und Kundenproduktivität vor. Diese beiden Perspektiven sind eng miteinander verknüpft: eine Gestaltung i.S. einer Optimierung der internen Prozesse beim Dienstleistungsanbieter führt nicht automatisch zu einer produktiven Erbringung der Dienstleistung insgesamt. Da insbesondere bei interaktiven Dienstleistungen der Kunde zum Mitproduzenten der Dienstleistung wird, beeinflusst er unmittelbar die internen Faktoren beim Anbieter – und muss stärker in den Prozess der Leistungserstellung integriert werden (Lasshof 2006: 60f.). Das stellt einerseits sehr hohe Anforderungen an die Potenziale des Anbieters (bezogen auf die Mitarbeitenden, Prozessabläufe etc.), andererseits aber auch an den Kunden, der durch seine Mitwirkung letztlich auch die Qualität der Dienstleistung ganz wesentlich mitbestimmt. Die Gesamtproduktivität ergibt sich vor diesem Hintergrund aus der Produktivität des Anbieters, der Produktivität des Kunden sowie aus der Produktivität der Interaktion zwischen Anbieter und Nachfrager. Dieser Zusammenhang wird durch das Produktivitätsmodell für Dienstleistungen von Lasshof abgebildet (Lasshof 2006: 176f.).

Abb. 3: Produktivitätsmodell für Dienstleistungen
(Quelle: Lasshof 2006: 176).



Das Leistungserstellungspotenzial des Anbieters gliedert sich in das Leistungspotenzial und das Interaktionspotenzial. Das Leistungspotenzial umfasst sowohl die Bereitschaft als auch die Fähigkeit des Anbieters, eine Dienstleistung zu erstellen (d.h. Vorhalten geeigneter Produktionsfaktoren, Qualifikationen der Beschäftigten). Der entscheidende Faktor auf Seiten des Nachfragers ist das Mitwirkungspotenzial, das sich wiederum in das Integrations- (Integrationsfähigkeit und -bereitschaft sowie Prozessevidenz des Nachfragers) und das Interaktionspotenzial untergliedert. Das Integrationspotenzial entscheidet über die Qualität der Einbindung des Nachfragers in den Prozess der Dienstleistungserstellung und damit auch über die Kundenproduktivität. Aus der Interaktion des Nachfragers und des Anbieters entsteht die Interaktionsproduktivität (Lasshof 2006: 176f.). In Abhängigkeit von der Art der Dienstleistung (z.B. standardisiert, individualisiert) und der u.a. daraus resultierenden Anzahl der Interaktionen bestimmt sich der Umfang der Interaktionsproduktivität (ebenda).

Mit Blick auf die Gestaltung der Produktivität von Dienstleistungen liefern verschiedene Arbeiten ebenfalls einige Ansatzpunkte (z.B. Lasshof 2006; Bieger 2007). Lasshof zeigt im Zusammenhang mit der Entwicklung des Produktivitätsmodells u.a. folgende Möglichkeiten der Produktivitätsverbesserung auf (Lasshof 2006: 139ff.):

- **Kapazitätsglättung:**
durch Gestaltung der Nachfrage (z.B. Preisdifferenzierung, neue Leistungsangebote) und Gestaltung des Angebots (u.a. Schulungsmaßnahmen zur Bewältigung neuer Dienstleistungs-Angebote, gemeinsame Nutzung von Kapazitäten).
- **Prozessorganisation:**
u.a. Standardisierung von Prozessen, Reduzierung des Individualisierungsgrades, Verringerung der Kundenkontaktdauer, Vermeidung von Wartezeiten, Outsourcing von (Teil-)Prozessen.

- Leitung und Lenkung:
Gestaltung der Arbeitsplätze und des Arbeitsumfeldes, Qualifikation der Beschäftigten, Personalauswahl, Entlohnungssystem, Förderung des Leistungsbewusstseins).

Probleme der Bestimmung und Verbesserung der Produktivität werden vor allem bei Dienstleistungen identifiziert, bei denen die Produktivität von der Effizienz der Arbeitsprozesse sowie der vom Kunden wahrgenommenen Qualität der Leistung abhängig ist (u.a. Verkaufstätigkeiten, Pflegeleistungen). Für diese interaktiven Dienstleistungen machen Zeithaml/Bitner (2003: 20ff.) z.B. eine spezifische „Produktivitätslogik“ aus: Produktivitätskennzahlen können hier den Einfluss des Kunden auf den Leistungserstellungsprozess nur eingeschränkt wiedergeben: unplanbare Einflussgrößen (Kundenverhalten etc.) können nicht im Vorfeld kalkuliert werden, die Bereitschaft des Kunden zur aktiven Mitwirkung bei der Leistungserstellung ist schwer abschätzbar und die mangelnde Lagerfähigkeit von Dienstleistungen führt dazu, dass die Effizienz der Prozesse stark von der aktuellen Nachfrage abhängt.

Bei interaktiven Dienstleistungen besteht darüber hinaus die Gefahr, dass eine einseitige Ausrichtung von Kenngrößen und Bewertungskriterien auf eine Steigerung der Anbieterproduktivität zu einer Verschlechterung der Qualität führt (Bienzeisler/Tünte 2003). Beispiele für solche Produktivitätskennzahlen sind z.B. für den Bereich der Pflege input-Größen wie Behandlungspläne, Beschäftigte, Arbeitsstunden und output-Größen wie durchgeführte Behandlungen oder Anzahl der betreuten Klienten (Lasshof 2006: 130). Einen Ansatzpunkt zur Steigerung der Effizienz von Arbeitsprozessen und gleichzeitiger Verbesserung der Service- sowie der Arbeitsqualität sehen Bienzeisler/Löffler in der Interaktionskompetenz der Beschäftigten (Bienzeisler/Löffler 2005: 220ff.). Interaktionskompetenzen unterstützen Beschäftigte dabei, heterogene Erwartungshaltungen und Widersprüchlichkeiten im Kundenkontakt zu bewältigen und die Qualität der Interaktion zu steigern – und damit die Produktivität ohne Einbußen der Qualität zu verbessern.

Der Bereich der Pflegedienstleistungen stellt sich sehr viel komplexer dar: hier kommen weitere Einflussfaktoren bzw. Besonderheiten hinzu (z.B. rechtliche und ethische Aspekte, Besonderheiten der Pflegequalität, Einschränkungen seitens der Gepflegten hinsichtlich der Bereitschaft und Fähigkeit der Mitwirkung, Angehörige als zusätzliche Akteure, die in den Prozess eingreifen, Leistungsträger als Finanziers der Dienstleistung), die bislang noch nicht berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die Spezifika von Pflegedienstleistungen entsprechend zu integrieren.

2.3 Die Besonderheiten von sozialen Dienstleistungen - Produktivitätskonzept soziale Dienstleistungen

Soziale Dienstleistungen sind interaktive Dienstleistungen, die unmittelbar am Menschen erbracht werden; Produktion und Konsum der Leistung fallen zusammen (uno-actu-Prinzip) und der Kunde ist Mitproduzent/in der Leistung. Darüber hinaus müssen soziale Dienstleistungen sehr individuell auf die unterschiedlichen Bedarfe der Nachfrager abgestellt werden (Merchel 2003: 6ff.). Für die Produktivität – und damit auch für die Qualität – einer sozialen Dienstleistung spielt vor diesem Hintergrund die Einbeziehung des Kunden die herausragende Rolle. Bei Pflegedienstleistungen ist der Kundenbegriff durch den Begriff des Klienten zu ersetzen; in der Pflegebeziehung ist z.B. die Akzeptanz der Klienten

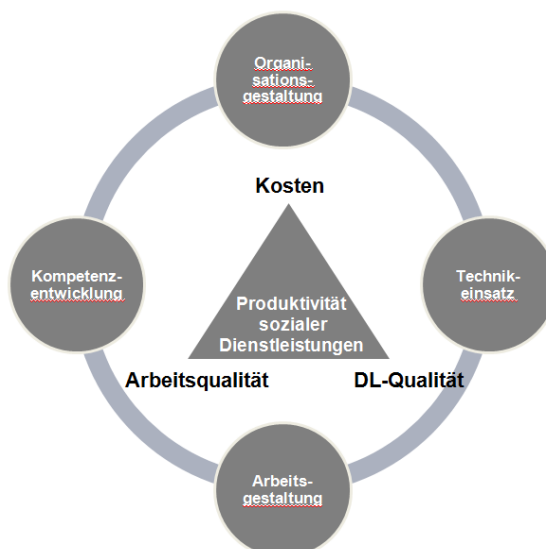
von zentraler Bedeutung, da die Dienstleistung unmittelbar ihre Lebensqualität beeinflusst (vgl. Bornheim 2008; Eckart/Senghaas-Knobloch 2000).

In innovativen Ansätzen der Organisation von (ambulanter) Pflege und Betreuung (z.B. Quartierskonzepte, Advanced Nursing Practice) kommen weitere Akteure wie z.B. Ärzte, Apotheken, Physiotherapeuten, aber auch Einkaufsdienste hinzu, die mit unterschiedlichen Funktionen in die Prozesse eingebunden sind. Hierdurch entstehen neue Formen der Zusammenarbeit, die unter Gesichtspunkten der Beibehaltung einer hohen Qualität der Unterstützungsdienstleistung einerseits sowie mit Blick auf die Erreichung einer hohen Produktivität bei der Leistungserbringung andererseits zu gestalten und zu bewerten sind. Durch erforderliche Koordinierungsprozesse zwischen den Akteuren entstehen z.B. Transaktionskosten, die negative Auswirkungen auf die Produktivität der Gesamtleistung haben können. Die Wahrnehmung von Aufgaben beim Klienten durch unterschiedliche Personen wirkt sich auf die aus Sicht der Klienten wahrgenommene Qualität der Leistung aus. Darüber hinaus wirken sich neue Organisationsformen und neue Formen der Zusammenarbeit bei den Beschäftigten auf deren Arbeitsbedingungen und -belastungen aus. Vor diesem Hintergrund sind zur Darstellung der Produktivität von Pflegedienstleistungen geeignete Modelle zu entwickeln, mit denen die Einflussgrößen sowie die Wirkungsbeziehungen erfasst werden können.

Mit der zunehmenden Ökonomisierung sozialer Dienstleistungen werden auch verschiedene Ansätze zu einer stärker Management-orientierten Vorgehensweise in diesem Bereich entwickelt. In diesem Zusammenhang treten vor allem Aspekte wie die Effektivität, die Effizienz sowie die Qualität der erbrachten Dienstleistungen in den Mittelpunkt des Interesses. Bei der Betrachtung der Effizienz werden als input-Größen die eingesetzten Ressourcen (Personal, Verbrauchsmaterial und Betriebsmittel) sowie als output-Größen quantitative Aspekte (z.B. Zahl der behandelten Klienten) und qualitative Größen wie die Zufriedenheit der Klienten herangezogen (Fließ/Marra/Reckenfelderbäumer 2005: 395). Effizienz (im Sinne von Kostenbewusstsein und Kostenorientierung) und Effektivität (im Sinne der Wirksamkeit von Aktivitäten zur Steigerung des Wohlbefindens des Klienten – und damit der Qualitätssicherung der angebotenen Leistung) stehen dabei gleichberechtigt nebeneinander (ebenda). In einem notwendigen für den Bereich Betreuung und Pflege erweiterten Produktivitätsverständnis lassen sich jedoch Effizienz nicht auf Kosten und Effektivität nicht auf Qualität des Angebotes reduzieren.

Produktivität wird hier verstanden als Ergebnis eines Ausbalancierens der unterschiedlichen Produktivitätserwartungen von Anbietern sozialer Dienstleistungen, Mitarbeitenden und Klienten im Sinne einer win-win-win-Situation. Vor diesem Hintergrund integriert das Produktivitätsdreieck soziale Dienstleistungen Ansprüche und Erwartungen von Anbietern an eine erhöhte Produktivität der sozialen Dienstleistungen im Sinne von Effizienz und Effektivität, von Klienten an ihre Handlungsfähigkeit und Lebensqualität (Unterstützungsqualität) sowie von Beschäftigten an ihre Arbeitsqualität (vgl. hierzu ausführlicher Becke et al. 2011: 61ff. und die Ausführungen in Kapitel 4). Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Modelle und der genannten Ansatzpunkte zur Gestaltung der Produktivität im Bereich von sozialen Dienstleistungen werden als Stellschrauben zur Beeinflussung der Produktivität die Handlungsbereiche Organisationsgestaltung, Technikeinsatz, Arbeitsgestaltung sowie Kompetenzentwicklung herangezogen, die wiederum eng miteinander verzahnt sind (Abb. 4).

Abb. 4: Produktivitätskonzept soziale Dienstleistungen
(Quelle: eigene Darstellung).



3. Von der Wohlfahrtspflege zur Seniorenwirtschaft - Paradigmenwechsel im System Pflege?

Betrachtet man die derzeitigen Entwicklungen in sowie im Umfeld der Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf, zeigt sich ein sehr ambivalentes Bild: Auf der einen Seite steht der Bereich der „klassischen“ Pflege; hier ist die Zielgruppe der Pflegebedürftigen im Zentrum, deren Unterstützung durch die Sozialgesetze stark reglementiert und durch Pflegekassen finanziert wird. Auch wenn seit Einführung der Pflegeversicherung verstärkt private Akteure in diesen Bereich eingetreten sind, ist die Altenpflege immer noch eine Domäne von Unternehmen der Freien Wohlfahrtspflege.

Auf der anderen Seite wird in der Zielgruppe der älteren Menschen ein großer Wachstumsmarkt vor allem für altersgerechte Produkte und Dienstleistungen gesehen, der unter dem Stichwort Seniorenwirtschaft diskutiert wird. In diesem Markt dominieren bislang privatwirtschaftliche Unternehmen. Durch den steigenden Kostendruck sowie die zunehmenden Ökonomisierungsbestrebungen im Bereich Gesundheit und Pflege versuchen verstärkt auch die „klassischen“ sozialwirtschaftlichen Unternehmen in diesem Bereich Fuß zu fassen.³ Förtschler stellt in diesem Zusammenhang sogar die These auf, dass – wenn sie überleben wollen - Anbieter aus dem Bereich der Wohlfahrtspflege gezwungen sind, sich als professionelle Dienstleistungsunternehmen neu zu positionieren (Förtschler 2008: 80f.).

Angesichts der kontinuierlichen und dynamischen Veränderungen kann man von der Neuformierung eines Systems „Betreuung und Pflege“ sprechen, das in den Überschneidungsbereichen der bisher weitgehend getrennten Sektoren „Pflege“ und „Seniorenmarkt“ zu entstehen scheint. „Verbindungselement“ ist dabei die Gruppe der älteren Menschen,

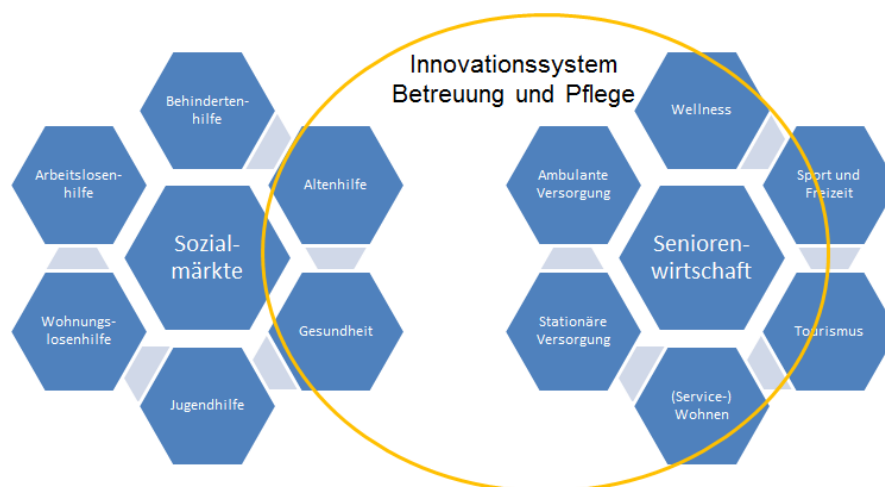
³ Als Beispiele hierfür ist die Beteiligung von Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege an zahlreichen (Modell-)Projekten zur Umsetzung von ganzheitlichen Quartierskonzepten oder an Projekten im Bereich des ambient assisted living zu nennen.

die einen – wie auch immer gearteten - Unterstützungsbedarf haben, der über Betreuungs- und Pflegedienstleistungen abgedeckt werden kann. Vor dem Hintergrund der zahlreichen Innovationen (z.B. neue Dienstleistungen, innovative Prozesse und Zusammenarbeitsstrukturen, technische Unterstützungsmöglichkeiten) im Bereich der Betreuung und Pflege sprechen wir bei den folgenden Betrachtungen von einem „Innovationssystem Betreuung und Pflege“.⁴ Eine wichtige Voraussetzung zur Gestaltung der Produktivität sozialer Unterstützungsdienstleistungen ist die Kenntnis der Akteure und Prozesse in diesem Innovationssystem.

3.1 Das Innovationssystem Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf

Im Folgenden wird die Neuformierung eines neuen Innovationssystems „Betreuung und Pflege“ ausgehend von dem „System Pflege“ betrachtet. Das heißt: vor der Darstellung der Trends werden die zentralen Akteure und Strukturen in der „klassischen“ Pflege kurz beschrieben. Das neue Innovationssystem entsteht durch die Einflüsse aus anderen Bereichen, hier speziell der Seniorenwirtschaft. Diese wird im Kapitel zu den ökonomischen Trends näher beschrieben.

Abb. 5: Konturen eines sich neu formierenden Innovationssystems „Betreuung und Pflege“
(Quelle: eigene Darstellung).

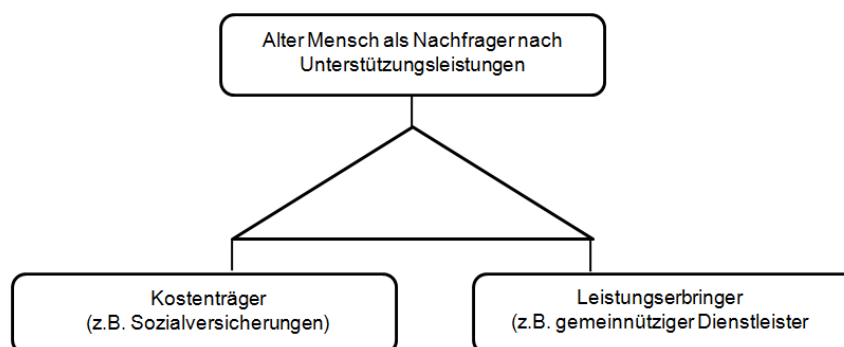


Die Sozialmärkte zeichnen sich grundsätzlich dadurch aus, dass neben den Anbietern und Nachfragern als zusätzliche Akteure Kostenträger auftreten, die die Leistungen bezahlen, jedoch nicht Empfänger der Dienstleistung sind. Bei den Anbietern in diesem System unterscheidet man zwischen Unternehmen der Freien Wohlfahrtspflege, kommunalen bzw. öffentlichen Anbietern und privaten Unternehmen. Zusätzlich können die Leistungen auch durch genossenschaftlich organisierte Akteure oder durch Selbsthilfegruppen erbracht werden (Förschler 2008: 110ff.). Die Nachfrager können reine Privatzahler, Anspruchsbe-

⁴ Ein Innovationssystem wird beschrieben durch seine Elemente (Unternehmen, Forschungseinrichtungen, Aus- und Weiterbildungseinrichtungen, Kunden, Verbänden etc.) und die Beziehungen zwischen den einzelnen Elementen. Innovationen entstehen durch die Erzeugung neuen Wissens bzw. die Neukombination vorhandenen Wissens. Ergebnis ist eine neue Systemstruktur mit veränderten oder neuen Systemelementen und mit modifizierten oder neuen Beziehungen (vgl. Krause 2003: 39f.).

rechtigte (die Anspruch auf eine Vollfinanzierung durch die Sozialkassen haben) und – quasi als „Mischgruppe“ – sog. „subventionierte“ Privatzahler (ebenda: 110) sein, bei denen ein Teil der Kosten z.B. durch die Pflegeversicherung übernommen wird. Kostenträger können die Sozialversicherung, private Versicherungen sowie Bund, Länder und Kommunen sein.

Abb. 6: Akteurskonstellation im Markt der Altenhilfe und –pflege
(Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Förtschel 2008: 111)



Desweiteren wird bezogen auf die Versorgungsart noch unterschieden nach ambulanter oder stationärer Versorgung.

In der bisherigen Darstellung ist auf der Seite der Leistungserbringer noch nicht die Gruppe der pflegenden Angehörigen genannt, die bei der Pflege von älteren Menschen den größten Anteil stellt – und vor diesem Hintergrund mitunter auch als „Deutschlands größter Pflegedienst“ bezeichnet wird.

Abbildung 7 zeigt für das Jahr 2009 die Struktur der Pflege, d.h. die Verteilung nach Versorgungsart und Versorgern.

Abb. 7: Versorgung der Pflegebedürftigen
(Quelle: Pflegestatistik, eigene Darstellung)

	Angehörige	Professionelle Pflegekräfte	
		Ambulante Pflegedienste	Pflegeheime
Versorgung zu Hause	1,07 Mio. Pflegebedürftige (45%)		
	555 000 Pflegebedürftige (24%)		
Versorgung vollstationär im Heim			717 000 Pflegebedürftige (31%)

Von den 2,34 Millionen Pflegebedürftigen wurden Ende 2009 mehr als zwei Drittel zu Hause und ein knappes Drittel vollstationär im Heim versorgt. 45% der Pflegebedürftigen wurden durch Angehörige und weitere 24% durch Zusammenarbeit von Angehörigen und ambulanten Pflegediensten versorgt. Frauen stellten mit einem Anteil von 69 Prozent die

Mehrheit der Pflegebedürftigen. Etwas mehr als ein Drittel (35%) waren 85 Jahre und älter (Haubner/Nöst 2012: 5). Es gab 2009 etwa 12.000 ambulante Pflegedienste mit ca. 269.000 Beschäftigten (30%) sowie ca. 11.600 Pflegeheime mit ca. 621.000 Beschäftigten (70%).

Während Unternehmen der Freien Wohlfahrtspflege im Bereich der stationären Altenpflege ihre Vormachtstellung gegenüber privaten Anbietern weiter ausbauen konnten, haben sie in der ambulanten Pflege zunehmend Probleme im Wettbewerb mit privaten Pflegediensten – deren Anteil nimmt kontinuierlich zu (vgl. Schmid 2011). In diesem Zusammenhang wird u.a. die Tarifgebundenheit – und damit verbunden höhere Personalkosten - als ein Erschwernis angeführt (Förschler 2008: 113ff.). Gleichwohl versorgen freigemeinnützige Dienste, die einen Marktanteil von 37% aufweisen, bundesweit etwas mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen. Kommunale Dienste spielen keine nennenswerte Rolle (Schmid 2011).

Die Darstellungen in den folgenden Abschnitten zeigen, dass es aufgrund der verschiedenen Trends zu weiteren, z.T. tiefgreifenden strukturellen Verschiebungen auf der Anbieterseite kommen wird, während auf der Seite der Nachfrager nicht nur eine zahlenmäßige Zunahme der älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf, sondern auch eine breite Ausdifferenzierung der Zielgruppen mit sehr individualisierten Bedarfen zu erwarten ist.

3.2 Neue Herausforderungen im Innovationssystem „Betreuung und Pflege“

3.2.1 Gesellschaftliche Trends – der sozio-demografische Wandel und die quantitativen und qualitativen Konsequenzen für die Nachfrageseite

Der wichtigste Treiber im Bereich der gesellschaftlichen Trends ist der demografische Wandel. Die tiefgreifenden und nachhaltigen Veränderungen in der zahlenmäßigen Entwicklung sowie im Aufbau der Bevölkerung haben vor allem Auswirkungen in zwei Richtungen:

- **Nachfrageseite:**
Die Zahl der Menschen mit einem Unterstützungsbedarf im Alter nimmt zu; damit wächst potenziell auch der Markt für Betreuung und Pflege. Dieser wiederum stellt sich zukünftig viel differenzierter dar als bislang.
- **Angebotsseite:**
Die Dienstleistungserbringung wird zukünftig mit im Durchschnitt älteren Beschäftigten erfolgen müssen; außerdem stehen auf dem Arbeitsmarkt Pflege, der sich ohnehin durch eine geringe Attraktivität sowie eine hohe Fluktuationsrate auszeichnet, weniger Menschen mit einem Pflegeberuf zur Verfügung.

Im Folgenden werden die Entwicklungen mit Bezug auf die Nachfrageseite dargestellt.

Der demografische Wandel wird in Deutschland durch die folgenden grundlegenden Entwicklungen charakterisiert (vgl. u.a. Bundesministerium des Innern 2011: 12):⁵

⁵ Der Demografiebericht der Bundesregierung stellt die Entwicklungen im Einzelnen sehr detailliert dar. Eine ausführliche Beschreibung der Bevölkerungsentwicklung würde über den Rahmen dieses Reports hinausgehen. Zu Einzelheiten siehe Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2011).

- Durch das dauerhaft niedrige Geburtenniveau steigt der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung.
Nach der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der Menschen, die 80 Jahre und älter sind, im Zeitraum von 2009 bis 2020 von 4,1 auf 6 Millionen, und bis 2030 auf 6,4 Millionen ansteigen (Pfaff 2012).
- Die – auch bedingt durch den medizinischen Fortschritt - kontinuierlich steigende Lebenserwartung unterstützt die Verschiebung der Alterszusammensetzung zugunsten der Älteren.
Verbunden mit der Steigerung der Lebenserwartung nimmt nicht nur der Anteil der Hochaltrigen (Hochbetagte) zu, sondern es steigt auch die Zahl der unter altersbedingten Krankheiten (speziell Demenz) leidenden Menschen. Des Weiteren ist eine Zunahme von Multimorbidität zu beobachten, die neue pflegerische und ärztliche Versorgungsformen notwendig macht. Außerdem ist eine steigende Zahl älterer Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung zu erwarten.
- Die ethnische Heterogenität der Bevölkerung in Deutschland wird weiter zunehmen. Die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund betrug im Jahr 2011 knapp 16 Millionen.

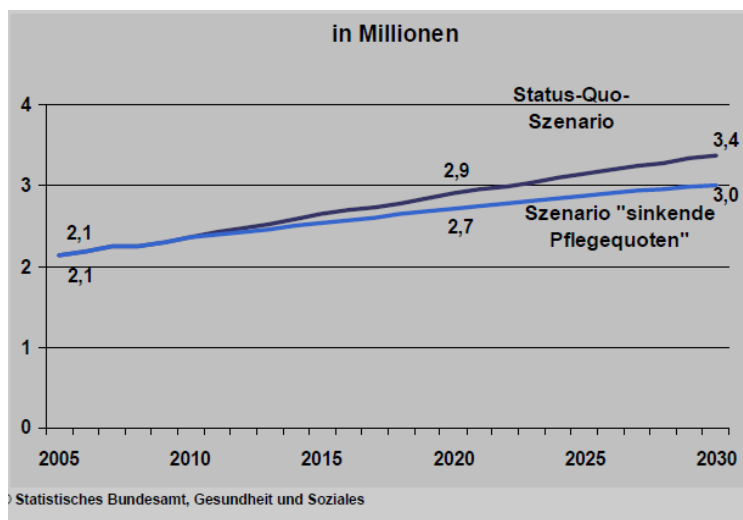
Zusätzlich üben weitere gesellschaftliche Entwicklungen Einfluss auf den Bereich der Betreuung und Pflege aus:

- Durch den gesellschaftlichen und sozialen Wandel nimmt die Zahl der Einpersonenhaushalte zu, in denen weder Partner noch Kinder für alltägliche private Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehen. Trotz einer Abnahme der Bevölkerung um 6% nimmt der Zahl der Einpersonenhaushalte um 2% zu (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: 32).
- Durch veränderte Familien- und Erwerbsstrukturen, wie eine stärkere Erwerbsbeteiligung von Frauen oder erhöhte Mobilitätsanforderungen im Berufsleben, nimmt die Zahl der Familienangehörigen ab, die Betreuung und Pflege übernehmen können oder wollen (siehe z.B. Gottschall 2008). Innerhalb der „Familienpflege“ werden Verschiebungen dahingehend prognostiziert, dass zukünftig die Pflege durch den Partner zurückgeht und mehr erwerbstätige Männer die Pflege der Eltern übernehmen (Hackmann/Moog 2008: 23).
- Durch die Zunahme chronischer Erkrankungen (z.B. Erkrankungen der Gelenke, Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems) wird die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren weiter stark wachsen.
- Durch die Umbrüche am Arbeitsmarkt in den vergangenen und den daraus resultierenden Brüchen in den Erwerbsverläufen mit Zeiten von Arbeitslosigkeit oder Beschäftigungsverhältnissen im Niedriglohnssektor steigt das Risiko der Altersarmut. Die Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten Pflege ist davon abhängig, ob bzw. in wie weit die Menschen mit Unterstützungsbedarf die bei der Nutzung notwendige private Zusatzzahlung auch aufbringen können (Teilkasko-Charakter der Pflegeversicherung).

Die skizzierten Trends haben Auswirkungen sowohl auf die zu erwartende Zahl als auch auf die Struktur der Pflegebedürftigen. Für die Prognose der Zahl der Pflegebedürftigen

wurden in der 12. Bevölkerungsvorausberechnung zwei Szenarien unterschieden: Eine Status-Quo-Variante sowie eine Variante mit sinkenden Pflegequoten (Abb. 8).

Abb. 8: Pflegebedürftige in Deutschland 2005 bis 2030 - Szenarien
(Quelle: Pfaff 2012).



Demnach wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen 2020 zwischen 2,7 und 2,9 sowie 2030 zwischen 3 und 3,4 Millionen bewegen – d.h. der Pflegemarkt wächst in einer Größenordnung zwischen 28 und 38 Prozent innerhalb der nächsten acht Jahre.

Interessanter für die Identifikation der zukünftigen Anforderungen an Dienstleister in der Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf ist aber die Ausdifferenzierung der Gruppe der Pflegebedürftigen, um die unterschiedlichen Bedarfe mit passfähigen Dienstleistungen bedienen zu können. Deshalb werden nachfolgend die einzelnen, absehbaren Zielgruppen näher beschrieben (vgl. u.a. Präsident des Landtags NRW/Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: 74ff.).

- Menschen mit chronischen Erkrankungen
Chronische Erkrankungen (Herz-Kreislauf-System, Krebs, Diabetes, Rheuma, Asthma und psychische Leiden wie Depressionen) nehmen heute den größten Anteil bei den Erkrankungen ein. Insgesamt ist die Steigerung der Anzahl der Menschen mit chronischen Erkrankungen enorm: in der Gruppe der 40- bis 64-jährigen ist der Anteil der chronisch Kranken fast doppelt so hoch wie in der Gruppe der 14- bis 39-jährigen (Präsident des Landtags NRW/Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: 75). Das Risiko, an einem chronischen Leiden zu erkranken, steigt ab einem Lebensalter von 50 Jahren linear an (Berlin-Institut 2009: S. 6).
Als besondere Herausforderungen in den Betreuungs- und Pflegeangeboten für diese Gruppe werden u.a. Patientenedukation und -beratung, Gesundheitsförderung und Case-Management genannt. Mit letzterem sollen der Gesamtverlauf der Krankheit unter Kontrolle gebracht und Verschlechterungen gemindert werden (Präsident des Landtags NRW/Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: 76)
- Hochaltrige Menschen („Hochbetagte“)
Als hochbetagt gelten Menschen, die 80 Jahre und älter sind. Ihr Anteil steigt überproportional (siehe auch oben) – in einer Langfristprognose bis 2050 wird die Zahl dieser Gruppe auf 8 bis 10 Millionen geschätzt (Bundesministerium des Innern 2011:

- 33). Die Wahrscheinlichkeit von Krankheit, Beeinträchtigung und Pflegebedürftigkeit steigt – und damit auch die Wahrscheinlichkeit, dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen zu sein (Präsident des Landtags NRW/Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: 79). In dieser Gruppe haben demenzielle Erkrankungen sowie Multimorbidität eine hohe Bedeutung. Besondere Herausforderungen werden für diese Gruppe in der Schaffung wohnortnaher, mehrdimensionaler Unterstützungssysteme zur Bewältigung des Alltags sowie in der Realisierung einer koordinierten und ineinander greifenden Versorgung und Pflege durch Ärzte, Pflegedienste etc. (ebenda: 79f.). Der „Vierte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“ hat bereits 2002 als Schwerpunktthema die „Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen“ bearbeitet (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002). Dort werden die spezifischen Herausforderungen sowie Lösungsansätze detailliert beschrieben.
- **Menschen mit Demenz**
Nach Schätzungen lag die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen über 65 Jahre in 2005 bei mindestens 900.000 (Anteil: 7%). Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen liegt bei etwa 200.000. Prognosen gehen davon aus, dass die Zahl bis 2020 auf 1,4 Millionen steigen wird – wenn bei Prävention und Therapie kein Durchbruch erfolgt. (Präsident des Landtags NRW/Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: 80f.). Angesichts der zunehmenden Bedeutung des Themas beschreibt das Berlin-Institut in seinem Demenz-Report die Situation für Deutschland ausführlich. Dabei wird u.a. auf das besondere Erfordernis einer Vollzeit-Betreuung des demenziell Erkrankten und die damit – vor allem für pflegende Angehörige (häufig Ehepartner) – verbundenen Belastungen hingewiesen. So steigt z.B. das Risiko von pflegenden Angehörigen, selbst an Demenz zu erkranken (Berlin-Institut 2011: 31). Der BARMER GEK Pflegereport 2010 behandelt als Schwerpunkt das Thema „Demenz und Pflege“. Dort wird als ein wichtiger Baustein im Rahmen der Therapie auch die Reduzierung der Belastungen für die Angehörigen genannt (Rothgang et al. 2010: 240f.). Als wichtige Maßnahmen für die Versorgung von Älteren mit Demenz werden u.a. integrierte Unterstützungsangebote, präventive Hausbesuche und die Schaffung von flexiblen Betreuungsangeboten aufgeführt (Präsident des Landtags NRW/Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: 85).
 - **Ältere Menschen mit Behinderung**
Durch den medizinischen Fortschritt ist die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung in den vergangenen Jahren sehr deutlich gestiegen. Mittlerweile sind 75 Prozent der Schwerbehinderten 55 Jahre und älter (Präsident des Landtags NRW/Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: 87). Neu ist vor allem, dass eine ganze Generation von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen, die ihre Erwerbsphase in Behindertenwerkstätten verbracht haben, das Rentenalter erreicht (Berlin-Institut 2009: 6). Die bisherigen Strukturen der Altenpflege sind auf die Bedürfnisse dieser Gruppe noch nicht ausreichend vorbereitet (ebenda). Die besonderen Herausforderungen für die Versorgung dieser Gruppe liegen in der Schaffung angepasster Wohnkonzepte bzw. Einrichtungen, tagesstrukturierende Angebote und Konzepte zur Unterstützung und Erhaltung der selbstständigen Alltagsgestaltung (Präsident des Landtags NRW/Enquête-Kommission „Situation und

Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: 87f.).

Über die Gestaltung bedarfsgerechter Angebote hinaus erschwert das Nebeneinander von Kostenträgern Dienstleistungsanbietern, Themen, die im Kern eher die Behindertenhilfe adressieren, mit Fragen der Betreuung und Pflege aufgrund altersbedingtem Unterstützungsbedarf miteinander zu kombinieren (Berlin-Institut 2009: 62ff.).

- **Allein Lebende und kinderlose (Ehe-)Paare**
Die Gruppe der allein Lebenden und kinderlosen (Ehe-)Paare ist mit der Situation konfrontiert, dass im Gegensatz zu Menschen mit anderen Lebensformen die sozialen und familiären Hilfestrukturen deutlich weniger ausgeprägt sind. Weil die ambulante Pflege so konzipiert ist, dass sie in Kombination mit bzw. ergänzend zu familiärer Hilfe erfolgt, besteht für die Unterstützung dieser Gruppe eine zentrale Herausforderung darin, informelle Hilfestrukturen aufzubauen, um ambulante Pflege zu ermöglichen (Präsident des Landtags NRW/Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: 90f.).
- **Menschen mit Migrationshintergrund**
Neben den sog. Arbeitsmigranten sind in dieser Gruppe auch z.B. die Aussiedler zu berücksichtigen. Fest steht, dass diese Gruppe auch an Zahl – und damit an Bedeutung zunehmen wird. Zahlenmäßige Aussagen sind jedoch nur sehr schwer möglich, weil z.B. die Statistik nach Staatsangehörigkeit und nicht Migrationshintergrund unterscheidet (Schröer/Schwepe 2011). Es wird weiter davon ausgegangen, dass aufgrund der sich auch bei dieser Gruppe verändernden familiären Strukturen die Inanspruchnahme von professionellen Angeboten der Betreuung und Pflege durch Migranten zunehmen wird (Präsident des Landtags NRW/Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: 91f.). Nach einer Studie des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (Kohls 2012) zur Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen durch Migranten unterscheiden sich deren Erwartungen an die pflegerische Versorgung im Alter wenig von denen von Personen ohne Migrationshintergrund: Sie erwarten in erster Linie Pflege durch Familienangehörige. Bestehende Angebote im deutschen Pflegesystem sind der Zielgruppe wenig bekannt (ebenda). Besondere Pflegeerfordernisse für diese Zielgruppe werden vor allem in interkulturellen Angeboten gesehen, die die Besonderheiten der Lebenswelt von Migranten berücksichtigen (Präsident des Landtags NRW/Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005: 94f., Kohls 2012).

Die Darstellung zeigt, dass allein in der Gruppe der Pflegebedürftigen zukünftig eine stärkere Differenzierung in unterschiedliche Zielgruppen zu erwarten ist. In den letzten Jahren sind vielfältige Lösungsstrategien erarbeitet und in zahlreichen Modellen und/oder Projekten umgesetzt bzw. erprobt worden. Dazu zählen u.a. neue Wohnformen und Wohnangebote, neue Organisationsformen oder neue Technologien. Diese und besonders deren Potenzial und Beitrag zur Bewältigung der Herausforderungen wird in den folgenden Abschnitten betrachtet.

3.2.2 Ökonomische Trends – Neustrukturierung der Anbieterseite

Bei den wirtschaftlichen Trends sind vor allem zwei Bereiche für die zukünftige Entwicklung im Innovationssystem Betreuung und Pflege von besonderem Interesse:

- die Seniorenwirtschaft als Hoffnungsträger und lukrativer Markt für bedarfsgerechte Produkte und Dienstleistungen, sowie
- der Arbeitsmarkt für Betreuung und Pflege, der u.a. durch einen zunehmenden Fachkräftemangel gekennzeichnet ist.

Über die Erweiterung des Zielgruppenspektrums auf der Nachfrageseite hinaus haben diese Trends hauptsächlich Auswirkungen auf die Anbieterseite – einerseits hinsichtlich der Entwicklung neuer Dienstleistungsangebote sowie andererseits bezogen auf die erforderlichen personellen Ressourcen und Kompetenzen für deren Umsetzung.

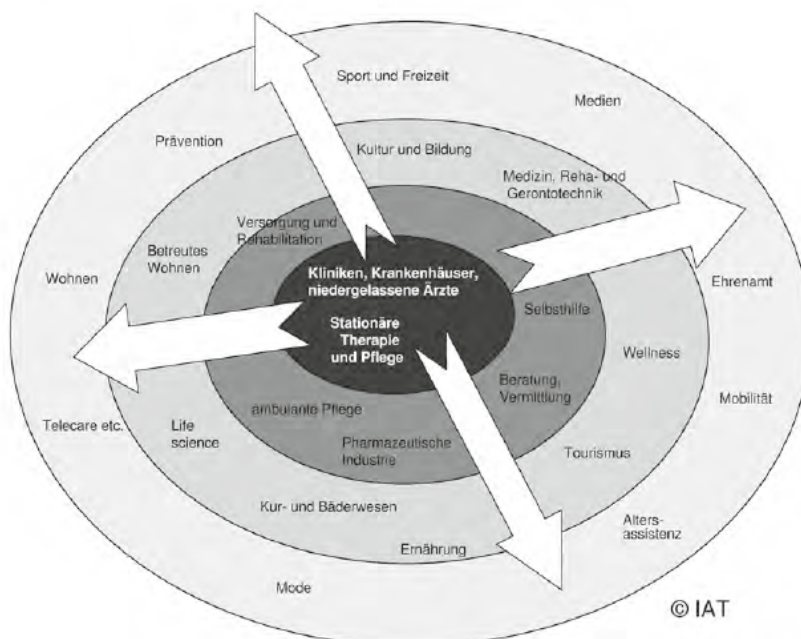
3.2.2.1 Seniorenwirtschaft – ein neuer Wirtschaftssektor mit großem Wachstumspotenzial?

Vor dem Hintergrund veränderter Altersbilder verbinden sich mit der Zielgruppe der Älteren (häufig auch mit dem Stichwort „neue Alte“ verbunden) in den letzten Jahren zunehmend Erwartungen hinsichtlich eines lukrativen neuen Marktes. Dabei wird einerseits von der Seniorenwirtschaft gesprochen, auf der anderen Seite finden sich in der Debatte auch Begriffe wie „Best Ager“ oder „Silver Generation“. Dabei weist auf den ersten Blick die Seniorenwirtschaft mit ihren Teilmärkten, zu denen u.a. auch die Bereiche Pflege und Gesundheit gerechnet werden, stärkere Bezüge und Überschneidungen zum Teilmarkt „Pflege“ in der Sozialwirtschaft. Mit der Silver Generation werden demgegenüber eher Märkte für alters- oder generationengerechte Produkte und Dienstleistungen in Verbindung gebracht. Bezieht man die Entwicklungen zum Technikeinsatz in Betreuung und Pflege mit ein (Kapitel 3.2.3), dann zeigt sich aber, dass auch hier vielfältige Bezugspunkte vorhanden sind. Speziell die Diskussion zur nutzergerechten Produktentwicklung und die Nutzerintegration in die Technikentwicklung im Zusammenhang mit assistierenden Techniklösungen (aal) zur Unterstützung der Diffusion von Produkten und Dienstleistungen in diesem Bereich macht die Bedeutung von neuen Vorgehensweisen zur Erschließung neuer Zielgruppen im Segment der Älteren deutlich.

Im Folgenden wird die Seniorenwirtschaft mit ihren Teilmärkten näher betrachtet; dabei liegt der Schwerpunkt auf den Bereichen, die einen hohen Bezug zur Pflege aufweisen.

Die Seniorenwirtschaft stellt keine eigene Branche dar, sondern zieht sich vielmehr aufgrund ihres Querschnittscharakters durch zahlreiche Wirtschaftsbereiche (Cirkel/Enste 2011: 35). Die Diskussion zur Seniorenwirtschaft orientiert sich an einem sog. Schalenmodell, in dem die verschiedenen Branchen und Felder, die von einer stärkeren Berücksichtigung der spezifischen Kundenbedürfnisse der älteren Menschen besonders profitieren können, ausgehend von der stationären und ambulanten Versorgung in Gesundheitswirtschaft und Pflege als Kern gruppiert werden (vgl. Abb. 9).

Abb. 9: Schalenmodell der Seniorenwirtschaft
(Quelle: Cirkel 2009: 6).



Als besondere Wachstumsfelder der Seniorenwirtschaft werden Freizeit und Tourismus, Wellness, Wohnungswirtschaft, die Dienstleistungsbranche insgesamt, die Möbelbranche, Haushaltsgeräte und Unterhaltungselektronik, die Informations- und Kommunikationstechnologien, die Ernährungswirtschaft und die Kulturwirtschaft (Cirkel/Enste 2011: 35). Insgesamt gelten die sog. Seniorenmärkte einerseits als Bereiche mit großen ökonomischen Potenzialen, andererseits aber noch als wenig entwickelt und kaum ausgeschöpft (vgl. hierzu ausführlicher z.B. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 227ff.). Aufgrund der sehr differenzierten Einkommenssituation von älteren und alten Menschen sind die Seniorenmärkte sehr heterogen und noch wenig ausdifferenziert entwickelt. Erst in der jüngeren Zeit verbuchen verschiedenste Anbieter mit „seniorengerechten“ Produkten Erfolge, u.a. deshalb, weil sie passende Entwicklungs- und vor allem Vermarktungsstrategien erarbeitet und umgesetzt haben, die die inhärente Diskriminierung früherer Seniorenprodukte vermeiden.

Die zentrale Zielsetzung von Produkt- und Dienstleistungsangeboten in den Feldern der Seniorenwirtschaft ist es, mit spezifischen Leistungen die Lebensqualität der Älteren zu verbessern; damit werden u.a. auch sozialpolitische Ziele verfolgt. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass auch von politischer Seite z.B. über die Bundesinitiative „Wirtschaftsfaktor Alter“ versucht wird, die Akteure bei der Erschließung des Marktes zu unterstützen (vgl. u.a. Eitner 2011). Die Initiative will dabei Senioren-, Wirtschafts- und Verbraucherpolitik miteinander verbinden.

Im Rahmen dieser Initiative wurden verschiedene Studien durchgeführt, die u.a. zu einer Bildung von Konsumententypen innerhalb der Zielgruppen geführt haben, die Unternehmen beim „Kennenlernen“ der neuen Zielgruppen unterstützen und ihnen eine Orientierung für die Gestaltung und Umsetzung ihrer Angebote liefern:

Abb. 10: Konsumententypen 50plus - Übersicht
(Quelle: BMFSFJ/BMWi 2010: 9).

Preisbewusste Hausliche	Qualitätsbewusste Etablierte	Anspruchsvolle Genießer	Kritische Aktive	Komfortorientierte Individualisten
Deutlich preissensibel	Preisbewusst, aber bereit, für gute Qualität auch zu bezahlen	Qualität, Design und Marke stehen bei Kaufentscheidungen gegenüber dem Preis im Vordergrund	Bevorzugen Bewährtes und Sicheres	Hohe Konsumfreudigkeit
Geringe Markenorientierung	Relativ hohe Markenaffinität aufgrund des höheren Qualitätsversprechens	Genuss und persönlicher Komfort spielen eine wichtige Rolle	Deutlich preissensibel, aber bereit, für persönliche Beratung etwas mehr zu bezahlen	Hohe Technikaffinität
Fokus auf Langlebigkeit/Funktionalität bei der Produktwahl	Zuverlässigkeit und Langlebigkeit spielen bei der Produktwahl eine wichtige Rolle	Hohe Markentreue	Sind beim Einkaufen kritisch und wollen Produkte, die sie kaufen, auch wirklich verstehen	Qualität, Design und Marke stehen gegenüber dem Preis im Vordergrund
Schätzen zu einem Großteil produktbegleitende Dienstleistungen wie Erklärung, Installation und Wartung von technischen Geräten	Bereit, für guten Service/fundierte Beratung zu bezahlen	Hohe Technik- und Beratungsaffinität	Legen Wert darauf, dass man sich Zeit für sie nimmt, um ihre Neugierde und ihren Informationsbedarf zu befriedigen	Hohe Markenaffinität mit gleichzeitig hoher Qualitätserwartung
	Treue Kundinnen und Kunden mit geringer Wechselbereitschaft			Hohe Ansprüche an Dienstleistungs- und Servicequalität, jedoch nur geringe Differenzierung über den Service möglich, da hoher Standard als selbstverständlich vorausgesetzt wird

Außerdem wurden im Rahmen einer Studie „Wirtschaftsmotor Alter“ erste Handlungsempfehlungen für Unternehmen zur Erschließung der Seniorenmärkte abgeleitet (BMFSFJ 2007: 124):

- Entwicklung eines besseren Verständnisses der spezifischen Kundenbedürfnisse u.a. durch Zusammenarbeit mit (Senioren-)Netzwerken,
- Gezielte Ausrichtung von Marketing und Werbung auf die Zielgruppen,
- Weiterentwicklung und Variation von bestehenden Produkten entsprechend der spezifischen Anforderungen der Senioren an Stelle der Entwicklung eigener Seniorenprodukte,
- Schaffung von Zusatznutzen durch produktbegleitende Services,
- Anwendung des Entwicklungsprinzips des „universal design“.

Im Folgenden wird wegen des engen Bezuges zur Betreuung und Pflege das Gestaltungsfeld Wohnen und haushaltsnahe Dienstleistungen näher dargestellt.

Der überwiegende Teil der älteren Menschen hat den Wunsch, in der eigenen Wohnung alt zu werden (Cirkel/Enste 2011: 35). Deshalb besitzen vor allem Produkte und Dienstleistungen, die den Senioren dieses ermöglichen, eine große Bedeutung. Außerdem unterstützt dieser Wunsch die Bestrebungen der Sozial- und Pflegepolitik, den Menschen mit Unterstützungsbedarf ein möglichst langes Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen – wobei dieses vor allem unter dem Gesichtspunkt der Kostenvorteile gegenüber einer stationären Versorgung motiviert ist.

Deshalb haben sich in den vergangenen Jahren zahlreiche Ideen für neue Wohnformen sowie Produkte für die Realisierung einer altersgerechten (barrierefreien) Wohnung entwi-

ckelt. Für letzteren Bereich wurden u.a. auch finanzielle Fördermöglichkeiten bereitgestellt, zahlreiche Handwerksbetriebe haben sich spezialisiert und/oder bieten gemeinsam mit anderen Betrieben Komplettlösungen aus einer Hand an. Modellprojekte z.B. zu Mehrgenerationenhäusern, betreutem Wohnen oder Wohngemeinschaften wurden umgesetzt (Stampfl 2011: 170). Der Trend zu verschiedenen Formen des „Service“-Wohnens hält dabei an.

Speziell die Unternehmen der Wohnungswirtschaft stehen bei diesem Thema vor großen Herausforderungen, da die meisten Wohnungen den veränderten Anforderungen nicht genügen. Um die älteren Mieter möglichst als Kunden zu behalten, haben zahlreiche Wohnungsgesellschaften nicht nur bauliche Anpassungen im Bestand vorgenommen und/oder generationengerechte Wohnungen neu gebaut, sondern ihr Angebot auch um sog. wohnbegleitende Services erweitert. Dazu zählen neben Aspekten des Komforts und der Sicherheit, die oftmals durch technische Lösungen (vgl. hierzu auch aal) realisiert werden können, auch vielfältige haushaltsnahe Dienstleistungen wie z.B. Reinigungs- oder Einkaufsdienstleistungen (Knüpp 2009). Insgesamt werden im Bereich Wohnen noch gute Möglichkeiten für die Entwicklung und Umsetzung von Dienstleistungen für die Initiierung neuer Wohnformen gesehen (BMFSFJ 2007: 236).

Das Beispiel macht deutlich, dass die Vielzahl und Verschiedenartigkeit der einzelnen Gestaltungsfelder in der Seniorenwirtschaft nicht nur dazu führt, dass neue Anbieter aus z.T. ehemals völlig fremden bzw. fernen Branchen zur Pflege in diesem Markt eintreten. Sondern es zeigt sich auch, dass ein Dienstleister allein die Fülle an Teilleistungen, aus denen sich der Nachfrager ein individuelles Bündel an Leistungen zusammenstellen kann, kaum selbst erbringen kann. Zur Ausschöpfung der Potenziale dieser Märkte wächst die Notwendigkeit bzw. der Zwang zur Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure.

Im Vergleich zu den „klassischen“ Anbietern aus dem Bereich der Freien Wohlfahrtspflege, die bislang weniger unter vergleichbaren Wettbewerbsbedingungen agiert haben, scheinen die Anbieter aus anderen Bereichen wie der Wohnungswirtschaft oder dem Tourismus hier Vorteile bei der Kundenansprache mitzubringen. Kooperationen zur Erbringung sehr umfangreicher Dienstleistungen von Komfortservices bis hin zur klassischen Pflege könnten aber davon profitieren, dass die Akteure ihre jeweiligen Kompetenzen im Umgang mit den Schlüsselakteuren in „ihrem“ System einbringen. Bei den Akteuren aus der Pflege sind hier sicherlich die Erfahrungen aus einem sehr streng reglementierten Markt und dem Umgang mit den Kostenträgern von großem Vorteil.

3.2.2.1 Fachkräftemangel als Entwicklungshemmnis

Durch den demographischen Wandel steigt der Bedarf an professionellen (Pflege-) Kräften. Gleichzeitig verschärft sich aber der bereits heute beobachtbare Pflegekräftemangel weiter – es stehen immer weniger professionelle (Pflege-)Kräfte zur Erbringung von Betreuungs- und Pflegedienstleistungen zur Verfügung. Diese Situation kann nicht nur zu dem befürchteten „Pflegerotstand“ führen, sondern wird sogar als ein mögliches Entwicklungshemmnis für die zukünftige Ausschöpfung der (wirtschaftlichen) Potenziale in den Pflege- und auch Gesundheitsmärkten gesehen (Augurzky et al. 2011). Vor diesem Hintergrund sind Informationen zum zukünftigen Bedarf notwendig.

Nach einer Studie am Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (Hackmann/Moog 2008) wird sich der Personalbedarf in der ambulanten

ten und der stationären Pflege bis zum Jahr 2050 – bezogen auf eine mittlere Berechnungsvariante – voraussichtlich wie folgt entwickeln (jeweils in Vollzeitstellen):

- Personalbedarf im ambulanten Bereich: etwa 390.000 Pflegekräfte
- Personalbedarf im stationären Bereich: etwa 1,2 Millionen Pflegekräfte

Unterstellt man bei den Berechnungen, dass der Anteil der Teilzeitbeschäftigten bezogen auf das Basisjahr 2005 konstant bleibt, dann wird sich die Anzahl der Stellen in der Pflege von 760.000 in 2005 bis zum Jahr 2050 auf dann 2,2, Millionen Pflegestellen fast verdreifachen (Hackmann/Moog 2008: 23).

Angesichts dieser Prognose sowie des abnehmenden Angebots an Arbeitskräften in der Pflege stellt sich für sozialwirtschaftliche Dienstleister vor allem die Frage, mit welchen Strategien und Maßnahmen den Herausforderungen begegnet werden kann. Die Fachkräftesituation in der Pflege wird seit einigen Jahren auf unterschiedlichen Ebenen (Länder, Bund, EU-Ebene) intensiv untersucht und diskutiert. In den verschiedenen aktuellen Studien, die sich speziell mit dieser Thematik auseinandersetzen, werden zur Lösung des sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels verschiedene Vorschläge unterbreitet, die sich auf die zwei zentralen Aufgabenfelder beziehen:

1. Gewinnung von Fachkräften bzw. Personal

Die Vorschläge und Strategien zur Gewinnung von Personal richten sich in erster Linie auf den Bereich der Ausbildung. Neben Ansätzen zur Gewinnung von (jungen) Menschen für eine Fachausbildung im Pflegebereich werden vor allem neue Ausbildungswege (z.B. Altenpflegehelfer) und Berufsbilder (Alltagsbegleiter), die Erschließung von brach liegendem Arbeitskräftepotenzial (z.B. Frauen nach der Erziehungspause) und eine verstärkte Zuwanderung von Pflegekräften aus dem Ausland diskutiert (PWC 2011: 71).

2. Fachkräftesicherung und Personalbindung

Die Personalbindung wird im Bereich der Pflege und Gesundheit als eine zentrale Aufgabe angesehen.⁶ Die durchschnittliche Verweildauer von Fachkräften in der Altenpflege liegt bei ca. 8 Jahren. Die Unternehmensberatung PriceWaterhouseCoopers hat in ihrer Studie zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen berechnet, dass durch eine Steigerung der Verweildauer im Pflegeberuf um ein Jahr etwa drei Viertel des prognostizierten Mangels verhindert werden können (PWC 2011).

Als Stellschrauben zur Erreichung der Zielsetzung, die Verweildauer im Pflegeberuf zu erhöhen, werden in den verschiedenen Studien vor allem folgende Ansatzpunkte genannt (vgl. z.B. Augurzky et al. 2011):⁷

- Verbesserung der Arbeitsbedingungen,⁸
- Professionalisierung der Personal- und Organisationsentwicklung,
- Etablierung einer guten Führungskultur,

⁶ Die NEXT-Studie, die in einer Langzeituntersuchung die Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf analysiert, kommt zu dem Schluss, dass die Bindung von Pflegenden eine zentrale Aufgabe im Personalmanagement von Einrichtungen und Diensten der Altenpflege ist (vgl. Borchart et al. 2011)

⁷ Eine sehr gute Beschreibung der verschiedenen Ansätze findet sich in: Evans et al. (2011b): 36ff.

⁸ Bezogen auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen haben z.B. die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) verschiedene Informationsbroschüren und Arbeitshilfen entwickelt (vgl. www.inqa.de und www.bgw-online.de).

- stärkere Entwicklung von (sozialen) Kompetenzen der Pflegenden wie z.B. Zusammenarbeit, Kommunikation, Wissensaustausch,
- bessere berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für die Beschäftigten in der Pflege.

Neben der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der in der Pflege Beschäftigten unterstützen die genannten Maßnahmen zur Personalbindung gleichermaßen auch die Fachkräftegewinnung. Für beide Aufgabenfelder ist die Steigerung von Attraktivität und Image von Pflegeberufen von großer Bedeutung.⁹

Die beschriebenen Herausforderungen können zum Teil durch die einzelnen Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege im Rahmen ihres Personalmanagements selbst aufgegriffen werden. Experten kommen angesichts der vielfältigen und unterschiedlichen Entwicklungen im Bereich Gesundheitswesen und Pflege aber zu der Schlussfolgerung, dass „vor allem das Zusammenspiel von regionaler Versorgungsgestaltung – Fachkräftesicherung – Qualifikationsentwicklung in den Mittelpunkt“ (Evans et al. 2011a: 24ff.) rücken muss. Im Einzelnen wird vorgeschlagen, Strategien zu entwickeln, die einen Beitrag dazu liefern,

- „einen qualifikationsgemischten und qualifikationsgerechten Arbeitseinsatz zu befördern und damit zu mehr Arbeitszufriedenheit, Qualität und Wirtschaftlichkeit beizutragen;
- Fachkräfte in der Gesundheitswirtschaft möglichst lange im Beruf zu halten und ein lebensphasenorientiertes Arbeitsumfeld zu ermöglichen;
- auch neue Zielgruppen des Arbeitsmarktes für die Arbeit in der Branche zu gewinnen und ihnen interessante Qualifizierungs-, Beschäftigungs- und Einkommensperspektiven zu eröffnen.“ (Ebenda: 24)

Neben dem Plädoyer für einen verstärkten Einsatz von Ehrenamtlichen in der Pflege (vgl. beispielhaft 6. Altenbericht) wird in der Diskussion auch darauf verwiesen zu prüfen, welche Form der Pflege z.B. durch ungeschultes kostengünstiges Personal bereitgestellt werden kann (Hackmann/Moog 2008: 24).

In der Altenpflege führen vor allem die Arbeitsbedingungen dazu, dass einerseits immer weniger Nachwuchskräfte in diesem Bereich arbeiten wollen, andererseits insbesondere die physischen und psychischen Belastungen der Arbeit in erheblichem Umfang einen vorzeitigen Berufsausstieg zur Folge haben. Eine verantwortungsvolle Gestaltung der Arbeit ist vor diesem Hintergrund ein zentraler Hebel zu einer dauerhaften Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten sowie ein Instrument zur Verbesserung der Mitarbeiterbindung bzw. Fachkräftesicherung. Nicht zuletzt hängt die Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit der „Boom-Branche“ Gesundheits- und Sozialwesen von der nachhaltigen Beschäftigungs- und Innovationsfähigkeit der in diesem Sektor Arbeitenden ab. Hier besteht noch ein erheblicher Handlungsbedarf,¹⁰ über die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und eine stärkere Professionalisierung von Personal- und Organisationsentwicklung die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der in der Pflege Beschäftigten

⁹ Augurzky et al. (2011): „Um dem zu erwartenden Mangel an Pflegefachkräften zu begegnen, muss in erster Linie die Attraktivität des Pflegeberufs erhöht werden. Ziel muss es sein, die Verweildauer im Pflegeberuf zu verlängern, die Vollzeitquote auszuweiten und neue Auszubildende zu gewinnen.“

¹⁰ „Dazu ist zu konstatieren, dass ein sorgsamer, wertschätzender Umgang mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und eine professionelle Personalentwicklung in vielen Fällen noch nicht zu den Stärken deutscher Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gehören“ (Evans et al 2011b: 36).

zu verbessern und dadurch auch die Attraktivität dieses Berufsfeldes zu steigern (vgl. u.a. Hackmann/Moog 2008: 23).

Einzelne Maßnahmen wie sie z.B. im Rahmen der Gesundheitsförderung oder des Arbeitsschutzes durchgeführt werden, reichen dabei nicht aus. Vielmehr stehen die Anbieter von Dienstleistungen in der Altenbetreuung und -pflege zur Bindung und Weiterentwicklung ihrer Mitarbeitenden vor der Aufgabe, ihre Aktivitäten in folgenden Gestaltungsfeldern wie Personalpolitik und Personalentwicklung, Führung, Arbeitsorganisation, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Schaffung altersgerechter Arbeitsbedingungen stärker miteinander zu verknüpfen und zu professionalisieren.

3.2.3 Technische Entwicklungen – Ambient Assisted Living für Sicherheit, Gesundheit, Komfort und soziale Integration

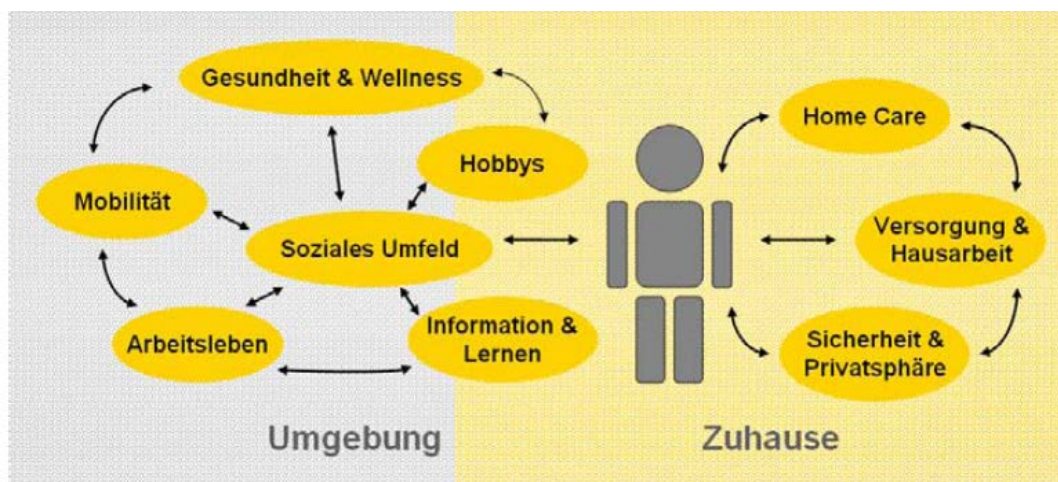
Im Bereich der technischen Entwicklungen sind insbesondere die Produkt- und Dienstleistungsentwicklungen, die unter dem Begriff ambient assisted living (aal) zusammengefasst werden, für die Betreuung und Pflege von Menschen mit Unterstützungsbedarf von Interesse. Den sog. altersgerechten bzw. assistierenden Assistenzsystemen wird eine zunehmende Bedeutung beigemessen, den zukünftigen Herausforderungen bedarfsgerecht und effizient begegnen zu können.

Der Bereich des ambient assisted living befasst sich mit der intelligenten Vernetzung von unterstützenden Technologien in unterschiedlichen Bereichen mit dem Ziel, die Lebensqualität von Menschen zu verbessern (Schmid 2011: 138f.). Technologien werden dabei u.a. eingesetzt, um vornehmlich altersbedingte Funktionseinschränkungen zu kompensieren und/oder um Kontroll- und Steuerungsleistungen für ein unabhängiges Alltagsleben zu ermöglichen (Gersch/Hewing 2012). Damit können sie ein wichtiger Baustein sein, um das Ziel, Menschen mit Unterstützungsbedarf einen möglichst langen Verbleib in ihrer Wohnung zu ermöglichen, zu erreichen.

Entsprechend befassen sich zahlreiche Einsatzszenarien und Modellprojekte zum ambient assisted living auf pflegebedürftige Personen (ebenda). Neben einer direkten Nutzung durch die Zielgruppe der Menschen mit Unterstützungsbedarf können assistierende Technologien auch eingesetzt werden, um pflegende Angehörige bei ihren Pflegeaufgaben zu unterstützen oder aber professionelle Pflegekräfte z.B. von Aufgaben in der Dokumentation zu entlasten – und damit mehr Zeit für Pflegeaufgaben schaffen (Eberhardt/Fachinger/Henke 2009).

Die Anwendungsbereiche von aal sind sehr vielfältig und aal kann eine Unterstützung in verschiedene Richtungen bieten:

Abb. 11: Anwendungsbereiche von ambient assisted living
(Quelle: Becks et al. 2007:39).



Neben Anwendungen zur Steigerung von Komfort und Sicherheit - vor allem bezogen auf das Wohnumfeld – bieten aal-Technologien auch vielfältige Möglichkeiten, Aktivitäten im sozialen Umfeld zu unterstützen wie z.B. bezogen auf die Mobilität oder die Gesundheit. Insgesamt können eine größere Selbständigkeit in der Lebensgestaltung sowie eine Erhöhung der sozialen Kontaktmöglichkeiten ermöglicht werden.

Das Marktpotenzial für aal wird insgesamt als sehr groß bewertet (Dobernowsky et al. 2012) – entsprechende Einschätzungen zu den Größenordnungen orientieren sich u.a. an den Zahlen der Pflegebedürftigen und chronisch Kranken (vgl. z.B. Fachinger et al. o.J.) (darüber hinaus sind zahlreiche aal-Einsatzfälle wie z.B. komfort- und sicherheitsorientierte sowie telemedizinische Anwendungen auch für Menschen ohne gesundheitliche Einschränkungen oder Pflegefall von Interesse). Zahlenmäßige Abschätzungen hierzu sind für die vorliegende Betrachtung nicht von Interesse. Für den Einsatz in der Betreuung und Pflege sind vielmehr die grundsätzlichen Einsatzmöglichkeiten und die Bedingungen für eine erfolgreiche Anwendung von Bedeutung.

Die bisher vorliegenden Produkte und vor allem Anwendungsfälle, die überwiegend in geförderten Modellvorhaben entwickelt und erprobt wurden, sind sehr vielfältig und auch die Zahl der Projekte ist sehr hoch. Das ist u.a. darauf zurückzuführen, dass das Bundesministerium für Bildung und Forschung Entwicklungen in diesem Bereich seit einigen Jahren in zahlreichen Forschungs- und Entwicklungsvorhaben fördert. Auf die Darstellung einzelner Projekte wird hier verzichtet. Um einen Einblick zu bekommen, wird verwiesen auf die Projektinformationen, die im Internet verfügbar sind oder auf die verschiedenen Studien in diesem Bereich. Vor dem Hintergrund der umfangreichen Entwicklungs- und Erprobungsaktivitäten gibt es mittlerweile nicht nur viele technische Lösungen; es liegen auch umfangreiche Erfahrungen zu den Umsetzungsbarrieren, eine breite Anwendung noch be- bzw. verhindern, sowie zu Ansätzen ihrer Überwindung vor. Im Folgenden werden diese näher beschrieben. Die Umsetzungsbarrieren von aal beziehen sich dabei weniger auf die technischen Lösungen selbst, sondern sind im Bereich von eher „weichen“ Faktoren anzusiedeln. Das sind im Einzelnen (vgl. u.a. Weißbuch Mobile Assistenzsysteme 2011: 31):

- Nutzerabhängige Barrieren wie Akzeptanz- und Kompetenzprobleme bei den Kunden, aber auch den professionellen Pflegekräften

- Ungeklärte Finanzierungsfragen bis hin zur Kassenzulassung sowie fehlende tragfähige Geschäftsmodelle
- Juristische Fragestellungen einschließlich Fragen des Datenschutzes
- Ethische Fragen
- Normen und Standards.

Zu diesen Punkten liegen z.T. bereits erste Lösungen vor – das betrifft vor allem Fragen zu Geschäftsmodellen oder zur Lösung von Kompetenzdefiziten, zu den eher „übergeordneten“ Themenstellungen wie juristischen oder ethischen Fragen werden entsprechende Studien durchgeführt bzw. Gutachten erstellt. So liegen z.B. Hinweise zur Nutzerintegration bei der Entwicklung von aal-Lösungen vor (Friesdorf et al. o.J.), eine Vorstudie zu rechtlichen Fragen (Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) 2010), ein Problemaufriss zu ethischen Fragen (Manzeschke 2009).

Für Dienstleister aus dem Bereich der Betreuung und Pflege sind vor allem die beiden ersten Punkte relevant – speziell die Frage nach geeigneten Geschäftsmodellen. Bezogen hierauf sind verschiedene Geschäftsmodelltypen für unterschiedliche Akteursgruppen entwickelt worden (Gersch/Hewing 2012). Anbieter aus dem Bereich der Betreuung und Pflege sind dabei dem Typus des spezialisierten Leistungserbringers zuzuordnen (ebenda: 15). Der genannte Beitrag liefert hierzu erste generalisierte Hinweise.

Insgesamt werden die etablierten Strukturen im deutschen Gesundheitswesen zusätzlich als erschwerend für die Diffusion von aal-Lösungen angesehen. Einzelne Akteure haben hier kaum Chancen, neue Lösungen durchzusetzen. Hinzu kommt die Arbeitsteilung im System, die die Umsetzung ganzheitlicher aal-Lösungen über größere Prozessketten verkompliziert (Gersch/Hewing 2012: 5).

Anbieter von Dienstleistungen müssen abklären, für welche Aufgaben grundsätzlich ein Einsatz von technischen Lösungen in Frage kommt. Zu unterscheiden ist dabei zwischen der Unterstützung und damit meist auch Entlastung des (Pflege-)Personals bei Unterstützungsprozessen (wie z.B. Dokumentationsaufgaben oder Einsatz von Service-Robotern beim Transport von Essen u.ä.) und dem Einsatz bei der direkten Dienstleistungserbringung. Hier ist u.a. zu denken an einfachere „Routineaufgaben“ wie die Messung von Vitalparametern. Diese Aufgaben können aber ggf. auch durch eine neue Arbeitsteilung innerhalb der Dienstleistungskette, z.B. durch anders bzw. „niedriger“ qualifizierte Kräfte wahrgenommen werden. Hier besteht jedoch die Gefahr, dass Pflegegrundsätze wie z.B. die Bezugspflege, die sich dadurch auszeichnet, dass die Betreuung und Pflege durch eine Person quasi als Bezugsperson für den Dienstleistungsempfänger, erbracht wird, wieder aufgebrochen wird und ein „Rückfall“ in die Funktionspflege passiert.

3.2.4 Politische und rechtliche Rahmenbedingungen

Quartierskonzepte als neuer Organisationsansatz für die Betreuung und Pflege von (älteren) Menschen mit Unterstützungsbedarf

Der Bereich der Betreuung und Pflege unterliegt zahlreichen und sehr vielfältigen politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Zu den rechtlichen Bestimmungen zählen vor allem die Sozialgesetzgebung, die die Leistungen sowie deren Vergütung regeln, sowie die Heimgesetze, die Regelungen für den stationären Bereich enthalten. Während die Sozialgesetze auf Bundesebene gelten, sind die Heimgesetze auf Länderebene gültig.

Durch diese Bestimmungen wird der Aktions- und Gestaltungsspielraum der Anbieter in der Sozialwirtschaft sehr eingegrenzt. Die Kenntnis der Bestimmungen und möglicher Änderungen ist eine zwingende Notwendigkeit für die Ausübung des „Geschäftes“ Altenpflege. Dieser Bereich wird im Folgenden nicht näher ausgeführt – u.a., weil die „klassischen“ Akteure in der Betreuung und Pflege diesen Bereich beherrschen.

Auf der anderen Seite sind mit Blick auf die Gruppe der älteren Menschen – mit oder ohne Unterstützungsbedarf - jedoch auch zahlreiche politische Entwicklungen von Bedeutung. Oben wurde bereits darauf hingewiesen (vgl. die Kapitel zur Seniorenwirtschaft und zu den technischen Entwicklungen), dass verschiedene Ministerien auf Bundes-, aber auch auf Länderebene im Rahmen von Initiativen und/oder Förder- und Modellprogrammen versuchen, die Akteure bei der Entwicklung neuer Lösungsansätze zu unterstützen. Besonders zu erwähnen sind das Bundesministerium für Bildung und Forschung (u.a. ambient assisted living, Dienstleistungsforschung), das Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend, das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Wirtschaftsfaktor Alter) und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Gestaltung der Arbeit).

Die Ziele der Bundesregierung im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel sind in der Demografiestrategie (Bundesministerium des Innern 2012) dokumentiert. Mit Blick auf Betreuung und Pflege ist vor allem der Bereich „Selbstbestimmtes Leben im Alter“ zu nennen mit den Handlungsbereichen Selbstbestimmung, Teilhabe, gesundes Altern und qualitätsvolle und bedarfsgerechte Pflege und Betreuung (Ebenda: 23ff).

Ein politisch angesteuerter und unterstützter Bereich, der vor allem in Hinsicht auf die sich abzeichnende Tendenz, die Fragestellungen rund um die Betreuung und Pflege in ganzheitlicheren Ansätzen und durch die Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure. Große Bedeutung hat, sind sog. Quartierskonzepte. An der Umsetzung von Quartierskonzepten sind u.a. viele Akteure der Freien Wohlfahrtspflege beteiligt, so dass diese Anbieter bereits über einschlägige Erfahrungen verfügen.

Im Folgenden wird der Ansatz der Quartierskonzepte eingehender betrachtet. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe beschreibt resp. definiert Quartierskonzepte wie folgt:

„Quartierskonzepte zielen darauf, einen sozialen Nahraum mit dem sich die Bewohner identifizieren – ein Dorf, ein Gemeinde, ein Stadtteil, ein Kiez, ein Viertel – so zu gestalten, dass auch ältere Menschen und Menschen mit Unterstützungsbedarf in ihrem vertrauten Wohnumfeld verbleiben können. Dafür versucht man möglichst viele altersgerechte Wohnangebote sowie soziale Angebote und Unterstützungsangebote (Baustein: Wohnen, Soziales, Pflege) kleinräumig in den Quartieren verfügbar zu machen.“

(<http://www.kda.de/fachforen/quartierskonzepte.htm>).

Um bisherige Erfahrungen mit verschiedenen Modellen von Quartierskonzepten systematisch zu erfassen, wurden die Kriterien resp. das Konzept des Werkstatt-Wettbewerbs Quartier herangezogen, in dem fast 90 Quartierskonzepte in Deutschland bewertet wurden (Bertelsmann-Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2007). Dabei wird differenziert zwischen Kriterien zur Charakterisierung/Bewertung der Struktur sowie des Verfahrens:

Die Struktur von Quartierskonzepten kann durch sechs Bausteine - mit entsprechenden Maßnahmen – charakterisiert werden:

- Bauliche Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit
(Wohnungsanpassung, barrierefreier Wohnungsbau, barrierefreier Umbau, Umfeld)
- Beratung und Alltagshilfen im Quartier
(Beratung, Vermittlung von Diensten, Alltagshilfen, Koordination von Diensten)
- Soziale Integration und gegenseitige Hilfe im Quartier
(Gemeinschaftsräume, Gemeinschaftsangebote, Selbst- und Nachbarschaftshilfe)
- Einbindung selbstständiger Wohnformen mit Gemeinschaft und Betreuung in das Quartier (gemeinschaftliches Wohnen, betreutes Wohnen)
- Quartiersbezogene Pflege- und Betreuungsleistungen zu Hause und in selbstständigen Wohnformen (ambulante Dienste, teilstationäre Einrichtungen)
- Spezielle Wohnformen für Pflegebedürftige im Quartier
(betreute Wohngruppen, stationäre Einrichtungen)

Darüber hinaus spielen folgende Verfahrenselemente eine wichtige Rolle:

- Mitwirkung und Mitbestimmung
- Dezentrale und zentrale Organisation
- Schrittweises Vorgehen
- Koordination und Entscheidungen auf Quartiersebene
- Finanzierung der Koordination sowie zusätzlicher Dienstleistungen und Baumaßnahmen
- Generationenübergreifende Angebote und ressortübergreifende Planung
- Einbinden der stationären Pflege in Quartiersprojekte
- Finanzierung

Die Beispiele erfolgreicher Quartierskonzepte machen deutlich, dass diese im Hinblick auf die einzelnen Bausteine und die verschiedenen Verfahrenselemente sehr unterschiedlich ausgestaltet sind. Ein „Patentrezept“ zum Aufbau und zur Umsetzung von Quartierskonzepten gibt es nicht. Ein Quartierskonzept muss in seiner konkreten Ausgestaltung immer auf den vorhandenen Strukturen und vorgefundenen Rahmenbedingungen des jeweiligen Quartiers aufsetzen. Dabei bestehen sehr vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der einzelnen Angebote (Bausteine) sowie der einzubeziehenden Akteure bis hin zu den Finanzierungsmöglichkeiten. Die Beispiele von Quartierskonzepten geben dabei sehr gute Anregungen, wie einzelne Themen, z.B. die Motivation der Bewohner zur aktiven Beteiligung an der Selbsthilfe (durch Aufnahme eines entsprechenden Passus' in den Wohnvertrag) oder die Finanzierung von allgemeinen Koordinationsleistungen (z.B. durch Sponsoren, Mitgliedsbeiträge oder die Einrichtung eines Sozialfonds) gehandhabt werden können.

Die konkrete Umsetzung der einzelnen Elemente eines Quartiersversorgungskonzeptes wird derart erfolgen, dass ausgehend von einer Bestandsaufnahme der Ausgangssituation und der Rahmenbedingungen für die Gestaltung der einzelnen Bausteine jeweils die geeignete bzw. am besten passende Lösung herangezogen wird.

Die Analyse erfolgreicher Quartierskonzepte zeigt, dass die bislang realisierten Quartiere teilweise auch auf den Einsatz technischer Lösungen zurückgreifen. Meist beschränkt sich dieser Technologieeinsatz aber noch stark auf Aspekte des barrierefreien Bauens/Wohnens sowie auf technisch unterstützte Sicherheits- und/oder Komfortdienstleistungen. Wie einige Beispiele von Projekten im Bereich des aal zeigen, wird zwar zunehmend ein stärkerer Einsatz von IKT-Lösungen angestrebt, eine umfassendere Berücksichtigung der Potenziale von Ansätzen des ambient assisted living findet bisher jedoch noch nicht statt (so wurde bzw. wird z.B. auch der Einsatz entsprechender Technologien beim Werkstatt-Wettbewerb Quartier z.B. nicht als Bewertungskriterium herangezogen oder auch im Netzwerk „Soziales neu gestalten“ nicht thematisiert).

Trotz der Heterogenität der verschiedenen Quartiersversorgungskonzepte lassen sich aber Tendenzen aufzeigen bzw. Hinweise auf fördernde und hemmende Faktoren und Handlungsempfehlungen ableiten (Bertelsmann-Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2007). Bezogen auf die strukturelle Gestaltung von Quartieren werden als Schlüsselbausteine die „sozialen“ Bausteine genannt:

- Beratung und Alltagshilfen,
- Soziale Integration und gegenseitige Hilfe.

Diese bilden nach den vorliegenden Erfahrungen aus der Praxis einen geeigneten Ausgangspunkt für die Organisation von Hilfeangeboten und die Entwicklung und Stärkung sozialer Netze.

Zur Erreichung der Zielsetzung, das selbstständige Wohnen im Quartier zu stärken, kommt demnach den Bausteinen

- Wohnungsanpassung und Wohnberatung (bauliche Maßnahmen zu Hause) und
- Quartiersbezogene ambulante Dienste für die Pflege und Betreuung zu Hause

eine hohe Wichtigkeit zu.

Ausgehend von diesen „Kernelementen“ können dann weitere Unterstützungsangebote zur Stärkung des Wohnens in der eigenen Häuslichkeit aufgesetzt werden.

Für den Start eines Quartierskonzeptes wird deshalb empfohlen, soziale Bausteine als Ausgangspunkt zu wählen und diese parallel um Angebote der Wohnraumanpassung und Wohnberatung zu ergänzen.

Aus den vorliegenden umfangreichen Erfahrungen mit Quartierskonzepten ergeben sich Empfehlungen für den schrittweisen Aufbau eines Quartiers:

- Bestandsanalyse:
Im Rahmen einer Bestandsanalyse ist u.a. auch zu ermitteln, welche Initiativen, Akteure etc. mit welchen Zielsetzungen und Interessen im Quartier bereits aktiv sind. Dabei empfiehlt es sich, mit der Kommune zusammenzuarbeiten.
- Soziale Angebote als Startpunkt:
Bausteine: Beratung und Alltagshilfen, Soziale Integration, u.a.
 - Einrichtung von Begegnungsstätten und Nachbarschaftstreffs,
 - Schaffung von Beratungsangeboten.

- **Organisation:**
Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle, die je nach Größe und Struktur des Quartiers ggf. um weitere dezentrale Anlaufstellen erweitert bzw. ergänzt werden kann.
- **Personalisierung:**
Etablierung eines „Kümmerers“, der als Ansprechpartner für die Bürger im Quartier, in der Wohnungswirtschaft, Kommune, soziale Dienstleister etc. fungiert.
- **Kooperation:**
Bereits aktive Vereine und Initiativen vor Ort sollten als Kooperationspartner eingebunden werden.
- **Bedarfsermittlung:**
Einbeziehung der Nachbarn/Bewohner des Quartiers, damit diese
 - als Ideengeber mitwirken,
 - als ehrenamtliche Mitarbeiter eingebunden werden.Zugänge zu Bewohnern können über Ärzte, Pfarrer, Vereine, bestehende Treffpunkte etc. erfolgen.
- **Konzeptentwicklung:**
Konzepte sollten gemeinsam mit den Akteuren im Quartier entwickelt werden, um bedarfsorientiert vorzugehen und die Akzeptanz zu erhöhen.

Für die (strategische) Entwicklung von sozialen Dienstleistungsunternehmen ergibt sich vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Empfehlungen die Notwendigkeit zu überprüfen,

- ob bzw. in welchem Umfang das zu entwickelnde Dienstleistungsportfolio des Dienstleisters über die bereits definierten „Kernleistungen“ hinaus die genannten Quartiersaspekte integrieren kann, und
- welche Bedeutung die genannten Bausteine und Verfahrenselemente für die definierten Zielgruppen und Dienstleistungsprozesse hat,

um auf dieser Basis eine Konkretisierung der einzelnen Elemente für das zu entwickelnde Quartierskonzept vornehmen zu können.

Wirtschaftlichkeit von Quartierskonzepten

Ähnlich wie beim ambient assisted living ist auch bei Quartierskonzepten die Frage der Wirtschaftlichkeit noch nicht geklärt. Das Netzwerk Soziales Neu Gestalten (SONG) hat hierzu eine Untersuchung durchgeführt. Zentraler Ansatzpunkt der Untersuchung des SONG-Netzwerkes ist der Social Return on Investment (SROI). Als Messgröße werden die Kosten des Unterstützungsbedarfs je Bewohner herangezogen.

Die zentralen Ergebnisse der Untersuchung sind, dass Quartierskonzepte eine bessere Gesundheitsentwicklung unterstützen und ein Potenzial für Einsparungen bei der Pflegeversicherung haben (SONG 2011: 33f). Demnach sind auf gesamtgesellschaftlicher Ebene Effizienzsteigerungspotenziale im Pflegesystem in Quartierskonzepten vorhanden.

Für einen (kommerziellen) Anbieter von Dienstleistungen der Betreuung und Pflege blieben jedoch noch offene Punkte bezogen auf die Frage, in wie weit sein Engagement in einem Quartierskonzept einzelbetrieblich als wirtschaftlich zu betrachten ist. Dabei besteht ein grundsätzlicher Konflikt bzw. Widerspruch:

Auf der einen Seite

- setzen Quartierskonzepte auf die starke Einbeziehung z.B. von Nachbarn, die im Rahmen der Nachbarschaftshilfe bestimmte Aufgaben übernehmen.
- sind die Selbstorganisation sowie Mitbestimmung möglichst vieler nicht kommerzieller Akteure im Quartier ein wichtiges Erfolgskriterium.
- beschränken sich Quartierskonzepte nicht auf Ältere, sondern beziehen bewusst ein breites Spektrum an Zielgruppen mit ein (Sozialraumorientierung/Gemeinwesenarbeit).

Auf der anderen Seite

- müssen sich kommerzielle Anbieter auf die Leistungen konzentrieren, die unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten produktiv zu erbringen sind bzw. positive Effekte auf die eigene Produktivität haben.

Damit stehen sie im Widerspruch zu den Interessen der meisten anderen Akteure; konkret heißt das: nachbarschaftliche Hilfen reduzieren den Unterstützungsbedarf (zumindest, was kommerzielle Dienstleistungen angeht), d.h. im Quartier besteht eine zusätzliche Konkurrenz durch ehrenamtliches Engagement, die aus einzelwirtschaftlicher Perspektive der Vermarktung der eigenen Leistung eher entgegenwirken.

Möglichkeiten eines Einsatzes von IKT-Lösungen des ambient assisted living zur Überwindung von Umsetzungsbarrieren derzeitiger Quartierskonzepte

Ein weiterer Aspekt bei der Umsetzung von Quartierslösungen ist die Frage, in wie fern dieser organisatorische Ansatz durch technologische Entwicklungen unterstützt werden kann. Im Zusammenhang mit der Frage, ob bzw. in wie weit z.B. durch den Einsatz von technischen Komponenten bzw. eine assistierende Umgebung bisherige Umsetzungs-hemmnisse von Quartierskonzepten beseitigt und/oder verringert werden können, ist zu berücksichtigen, dass die Umsetzung von Ansätzen des ambient assisted living selbst noch mit einer Vielzahl von Problemen verbunden ist (siehe auch oben). Dazu zählen u.a. (vgl. ausführlicher Georgieff 2008: 44ff.):

- fehlende Interoperabilität zwischen unterschiedlichen Geräten, Netzwerken und Dienstleistungen,
- fehlende Standards,
- mangelnde Akzeptanz der Sozialversicherung,
- Ängste der Nutzer,
- mangelnde Akzeptanz durch der Nutzer,
- Unkenntnis über Produkte und Lösungen seitens der Nutzer.

Wenn Lösungen des ambient assisted living dazu beitragen sollen, Umsetzungs-hemmnisse von Quartiersversorgungskonzepten zu überwinden, dann sind nicht nur die Potenziale der technischen Lösungen zu bewerten, sondern immer auch die genannten Probleme bei der Umsetzung dieser technischen Lösung selbst zu berücksichtigen.

Dieses gilt gleichermaßen auch umgekehrt; d.h. technische Lösungen können nur dann sinnvoll in Quartierskonzepten eingesetzt werden, wenn Probleme grundsätzlicher Natur –

wie z.B. die Frage der Finanzierung des Aufbaus von Strukturen und Dienstleistungen in einem Quartier – geklärt sind.

Im Folgenden werden erste Überlegungen angestellt, ob bzw. wie mit technischen Lösungen „typische“ Umsetzungsprobleme von Quartierskonzepten gelöst werden können.

Dazu werden in der folgenden Tabelle die Hemmnisse (und Anforderungen), soweit diese aus der Literatur herausgefiltert werden konnten, zusammengestellt und diesen jeweils Möglichkeiten der Lösung mit IKT-Lösungen gegenübergestellt:¹¹

Umsetzungshemmnis	Einsatz IKT-Lösungen
Probleme bei der Umsetzung eines „Hilfemix“ aus professionellen und ehrenamtlich erbrachten Leistungen, Dominanz der professionellen Unterstützung und der Experten, wenig Unterstützung der Selbsthilfe	Durch technische Lösungen wird die Dominanz der professionellen Dienste möglicherweise noch verstärkt (Kostenübernahme, erforderliche Kompetenzen etc.). Gleichzeitig bietet die explizite Einbindung der Selbsthilfe in die Prozesse z.B. durch Ausstattung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen mit entsprechender Technik (z.B. mobile Geräte) oder die Übernahme bzw. Unterstützung von organisatorischen Aufgaben die Chance, diese zu unterstützen sowie effektiver und effizienter in die professionellen Prozesse zu integrieren.
Unterschiede in den Interessen der einzelnen Akteure, „Trägerinteressen vor Kundeninteressen“, machtpolitische Interessen, Dominanz finanzieller Interessen, starre Strukturen	Die Differenzen in den Interessen der verschiedenen Akteure können durch Technikeinsatz kaum überwunden werden. Hier erscheint eher eine entsprechende Kommunikation und Überzeugung vom Nutzen der Technik für die Pflege und Betreuungsaufgaben entscheidend zu sein (Steigerung der Akzeptanz).
Zu starke Vermarktlichungs- und Profitinteressen, Vorrang der ökonomischen Abläufe und Funktionslogiken	
Unterschiedliche Handlungslogiken und Sprachen der Beteiligten, Abstimmung unterschiedlicher Vorgehensweisen der verschiedenen Akteure	Eine Auflösung dieses Problems ist durch technische Lösungen insofern möglich, dass eine entsprechende Definition von Schnittstellen und Zuständigkeiten in die technisch unterstützte Koordination der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure umgesetzt wird (z.B. Definition, wer bei welcher Bedarfssituation aktiv wird, entsprechende Alarm-/Benachrichtigungsroutinen etc.).
Klare Definition von Aufgaben und Zuständigkeiten	
Organisation und Koordination der Zusammenarbeit, Mangelnde Kooperationsfähigkeit der Akteure	

¹¹ Als Quellen wurden hierzu die oben bereits genannten Quellen, insbesondere die Ergebnisanalyse des Werkstatt-Wettbewerbs Quartier sowie die Themenhefte des Netzwerkprojektes „Soziales neu gestalten“ (SONG) herangezogen. Die Liste erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

Umsetzungshemmnisse	Einsatz IKT-Lösungen
Haftungsrechtliche Probleme, Angst der professionell Tätigen vor rechtlichen Konsequenzen, wenn die Verantwortung geteilt wird	Die klare Definition und Abgrenzung der Aufgaben der einzelnen Akteure und die detaillierte Dokumentation der erbrachten Leistungen über IKT-Lösungen kann hier eine Hilfestellung leisten. An der Schnittstelle zur (internen und externen) Abrechnung der Leistungen können die komplexen Abrechnungsmodalitäten für alle Akteure vereinfacht werden (genaue Kosten- und Leistungszuordnung ist möglich). Zwingende Voraussetzung ist jedoch, dass mit den entsprechenden Akteuren (Kostenträger, Finanzbehörde etc.) Rahmenbedingungen und Vorgehensweisen abgestimmt und anerkannt sind.
Rechtliche Probleme / Anerkennung (z.B. gemeinsamer Einsatz des Personals für Tages- und Kurzzeitpflege und ambulante Dienste)	
Steuerrechtliche Fragen (Erbringung der Dienstleistungen durch z.B. Wohnungsunternehmen, soziale Dienste und Bürgerschaftsvereine)	
Komplizierte Abrechnungsmodalitäten	
Offenheit für weitere Kooperationspartner	Kann durch IKT-Lösungen unterstützt bzw. sichergestellt werden (Schnittstellen mit entsprechenden Standards, Zugriffsrechte auf Dokumente etc.).
Fehlende finanzielle Mittel für - Wohnungsanpassung - Quartiersmanagement - „allgemeine“ Dienstleistungen	Kaum Potenziale; ggf. können die Kosten für aufwändige, personalintensive allg. Organisationsaufgaben gesenkt werden.
Fehlende soziale Netzwerke	Können durch technische Lösungen nicht aufgebaut, bei Vorhandensein aber unterstützt werden.
Unzulängliche Beratung	Mit der Beratung von Klienten, Angehörigen und weiteren Interessenten befasste Akteure können bei diesen Aufgaben z.B. durch ein Informationsportal unterstützt werden (Vorteil: ständige Verfügbarkeit aktueller Informationen – technisch, rechtlich etc.). Dieses kann aber die notwendige Schulung bzw. Kompetenzentwicklung nicht ersetzen. Denkbar sind dabei z.B. auch e-Learning Module.
Steigende Pflegebedürftigkeit und sich verändernde Bedürfnislagen	Durch die IKT-Lösungen und deren modulare Umsetzung können die sich verändernden Assistenzbedarfe von Klienten erfasst und mit entsprechenden Modulen bedient werden.
Einbeziehung der Wünsche und des Bedarfs der Bewohner	

Nach einer ersten Betrachtung können potenziell einige der Umsetzungshemmnisse von Quartierskonzepten mit IKT-Lösungen abgebaut werden. Hierzu ist vor allem eine frühzeitige Einbeziehung anderer relevanter Akteure im Quartier (Ärzte, stationäre Pflegedienstleister, Gesundheitsdienstleister, vorhandene Akteure der Selbsthilfe etc.) in die technischen Strukturen vorzusehen.

3.3 Fazit: Übergangsprozesse zu einem Innovationssystem Betreuung und Pflege aktiv (mit)gestalten

Im Folgenden werden die Ergebnisse in einer Chancen/Risiken – Stärken-Schwächen Matrix zusammengeführt und es werden erste Ansatzpunkte und Wege aufgezeigt, wie Akteure aus der Sozialwirtschaft vorgehen können. Einige der anstehenden Aufgaben können dabei vom einzelnen Unternehmen jedoch nicht gelöst werden – das betrifft vor allem die Klärung rechtlicher Fragen im Zusammenhang mit der Finanzierung von Leistungen durch die Sozialkassen oder die Beseitigung von Akzeptanzproblemen bei der Nutzung von neuen Technologien.

3.3.1 Chancen und Risiken - Stärken und Schwächen im Innovationssystem Betreuung und Pflege

Die Darstellung der Chancen und Risiken sowie Stärken und Schwächen sind aus der Perspektive eines Dienstleisters der Freien Wohlfahrtspflege.

Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Wachsende Zielgruppe (steigendes Marktvolumen) • Neue Zielgruppen – auch außerhalb der „klassischen“ Pflege • Neue Märkte (z.B. Senioren-WG, Haushaltsnahe Dienstleistungen) • Privatfinanzierte Märkte • Ausweitung des „Kerngeschäfts“ • Handlungsdruck bei den Kommunen • Technikeinsatz mit Bedarf an zusätzlichen Leistungen • Neue Angebote durch Technik 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachkräftemangel als Entwicklungshemmnis • Finanzierbarkeit von Dienstleistungen und Technik (aal) • Ungeklärte Rechtsfragen (z.B. Datenschutz, Ethik) • Starke Fluktuation der Kunden • Abwerbung von Kunden durch neue Wettbewerber • Verlust der Gemeinnützigkeit • Zusätzliche Belastungen für das Personal

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzen in der Sozialwirtschaft/ Umgang mit Kunden (inkl. Recht) • Angebotsqualität • Reputation • Netzwerk (in der Pflege) • Flexibilität • Professionalität • Kontinuität • Kreativität • Individualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation • Kommunikationsstrukturen • Größe • Aufgrund Rechtsform dürfen nicht alle Leistungen angeboten werden, z.B. Gewerbe, Beratung • Kundenakquisition • Marketing • Kompetenzmängel auf kommerziellen Märkten

3.3.2 Entwicklung von einem Unternehmen der Wohlfahrtspflege zum sozialwirtschaftlichen Dienstleister in der Seniorenwirtschaft

Die Betrachtung des Innovationssystems Pflege mit seinen Elementen und Beziehungen sowie die Analyse der Entwicklungen im Umfeld von Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf bestätigt die Vermutung, dass die grundlegenden

Veränderungen zu teilweise völlig neuen Strukturen mit neuen Vorgehensweisen führen werden. Die Veränderungen und z.T. Strukturbrüche vollziehen sich auf allen Ebenen und betreffen alle Akteure:

Die Kundenseite wird „bunter“

Das betrifft vor allem eine vielfältige Ausdifferenzierung der spezifischen Betreuungs- und Pflegebedarfe. Andererseits werden auch Kunden, die aktuell keinen „klassischen“ Unterstützungsbedarf aufweisen, sondern eher Leistungen zur Entlastung von Aufgaben im Haushalt oder in ihrem Wohnumfeld nachfragen. Diese Bedarfe können auch von den Anbietern der Freien Wohlfahrtspflege gedeckt werden und bieten die Chance, sich z.B. durch eine frühzeitige Kundenpflege und -bindung als zukünftiger Pflegepartner zu empfehlen.

Die Anbieterseite wird kommerzieller

Auf der Anbieterseite treten Akteure in den Markt, die sich bislang z.T. in von der Pflege ganz „fernen“ Märkten mit ganz anderen Geschäftsmodellen bewegt haben – bis hin zu Technologieentwicklern. Hier kommt es möglicherweise durch das Aufeinandertreffen zu einem „Kulturschock“. Es ist aber auch zu erwarten, dass sich in dem neu zu formierenden Innovationssystem erfolgreiche Entwicklungen und Lösungen gerade durch die Kombination der unterschiedlichen Kompetenzen ergeben werden.

Die Dienstleistungen werden individueller – und umfassender

Die Notwendigkeit, mit neuen Angeboten die spezifischen Bedürfnisse der Kunden zu bedienen, birgt das Potenzial für innovative Dienstleistungen, die z.B. im Sinne eines Baukastensystems durch den Kunden kombiniert werden können. Bei der Dienstleistungsentwicklung kehrt sich die bisherige Logik um – nicht der Leistungskatalog der SGBn bildet den Ausgangspunkt. Der individuelle Mensch mit seinen Unterstützungsbedarfen ist der Startpunkt, um den herum die passenden Angebote entwickelt bzw. bereitgestellt werden.

Die Dienstleistungserbringung orientiert sich stärker am Prozess

Um die Betreuung und Pflege auch zukünftig rechenbar durchführen zu können, ist eine stärkere Orientierung am Dienstleistungsprozess erforderlich. Das ist einerseits notwendig, um die Prozesse im Sinne einer nachhaltigen Arbeitsqualität ansteuern zu können. Andererseits kann dadurch die Arbeitsteilung sowohl im Unternehmen als auch in der Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistungsanbietern unter Gesichtspunkten von Effizienz und Effektivität strukturiert und organisiert werden.

„Mix“ als wichtige Leitlinie

Die Kombination einzelner Elemente und Teilleistungen sowie die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure innerhalb und außerhalb des Unternehmens werden zu einer immer wichtiger werdenden Grundidee in der Sozialwirtschaft. Konkret heißt das: die Dienstleistung ist ein Mix aus einzelnen Modulen, diese werden durch einen Mix aus Professionellen – auch aus anderen Unternehmen, Ehrenamtlichen, Freiwilligen und Familienangehörigen erbracht. Und auch die Finanzierung der Leistungen erfolgt durch einen Mix aus staatlichen Leistungen, privaten Mitteln, Zuschüssen z.B. von Stiftungen oder Fördervereinen, Beiträge aus Mitgliedschaften etc.

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Entwicklungen stellt sich weniger die Frage, ob sich die Akteure - und hier vornehmlich die Dienstleister aus der Freien Wohlfahrtspflege – aus

der Pflege neu orientieren müssen, sondern vielmehr wie sie diesen Prozess so gestalten und die Herausforderungen bewältigen können, dass sie auch weiterhin mit qualitativ hochwertigen Dienstleistungen die Lebensqualität der älteren Menschen erhalten und verbessern können, die unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten effizient erbracht werden von Beschäftigten, die durch eine hohe Arbeitsqualität motiviert und zufrieden arbeiten.

4. Das Produktivitäts-Cockpit – ein Instrument zur Messung, Bewertung und Gestaltung der Produktivität von Dienstleistungen zur Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf¹²

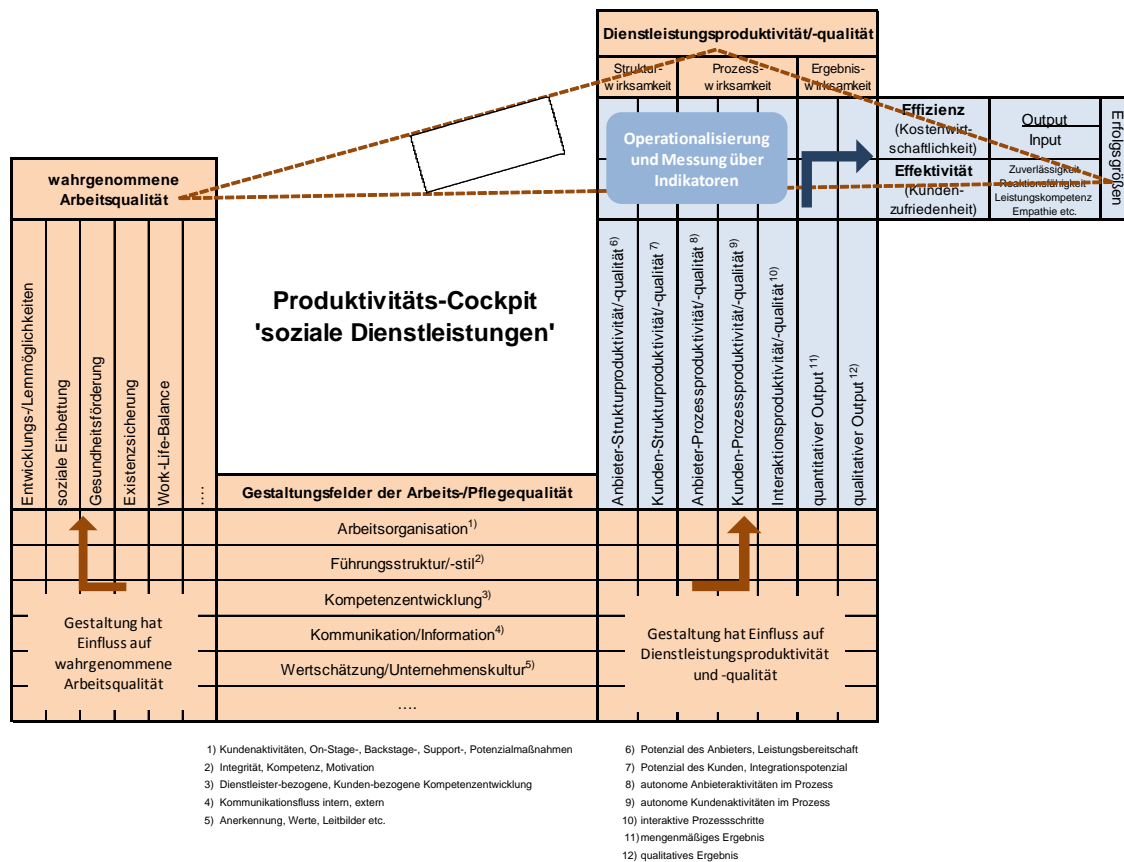
Im Produktivitäts-Cockpit werden die Punkte Kosteneffizienz, Arbeitsqualität und Unterstützungsqualität gemeinsam betrachtet und auf die Branche sozialer Dienstleistungen bezogen. Über klassische Maßnahmen und Indikatoren wie Arbeitszeit, Arbeitsprozesse, Kosten und Kundenzufriedenheit hinaus müssen zur Messung, Bewertung und Gestaltung der Produktivität sozialer Dienste folgende Aspekte beachtet werden (Reichwald/Möslein 1995; Baumgärnter/Bienzeisler 2006): Zentrale Elemente der Produktivität beim Leistungserbringer sind u.a. die Lernfähigkeit und -bereitschaft der Beschäftigten und die Möglichkeiten der Interaktion. Zusätzlich sind soziale Dienstleistungen interaktiv und werden unmittelbar am Menschen erbracht, Produktion und Konsum der Leistung fallen zusammen (uno-actu-Prinzip) und der Kunde ist Mitproduzent der Leistung. Darüber hinaus müssen soziale Dienstleistungen sehr individuell auf die unterschiedlichen Bedarfe der Nachfrager abgestellt werden (Merchel 2003: 6). Ein Beispiel hierfür wären die Bedarfe der Nachfrager in der häuslichen Umgebung, in ambulanten¹³ sowie stationären Einrichtungen, die jeweils unterschiedliche Pflegestufen, unterschiedliche Mitwirkungsmöglichkeiten und Ansprüche an die soziale Dienstleistung haben.

Das Modell zum ‚Produktivitäts-Dreieck‘ und das dahinterstehende Messkonzept basiert auf der Annahme, dass die Gestaltung der Dienstleistungsarbeit bzw. des Dienstleistungssystems unterschiedliche Wirkungen auf die Arbeitsqualität und die Effizienz und Effektivität sozialer Dienstleistungen haben kann:

¹² Der nun folgende Teil des Trendreports wurde im Rahmen der RESER-Konferenz (September 2011) als Paper eingereicht.

¹³ Mit ambulanter Pflege sind im Folgenden sowohl ambulante Pflegedienste ebenso wie Pflege in der häuslichen Umgebung gemeint.

Abb. 12: Produktivitäts-Cockpit „soziale Dienstleistungen“
(Quelle: eigene Darstellung).



Das Produktivitäts-Dreieck verbindet infolgedessen systematisch die folgenden Gestaltungs- und Wirkungsbereiche der Dienstleistungserbringung über ein Set von Indikatoren:

Wahrgenommene Arbeitsqualität: zur Erfassung der Arbeitsqualität der Dienstleister werden Indikatoren wie ‚Entwicklungs-/Lernmöglichkeiten‘, ‚soziale Anerkennung‘, arbeitsbezogene Handlungs- und Entscheidungsspielräume, psycho-physische Belastungen, Verfügbarkeit gesundheitlicher Ressourcen in Arbeit und Organisation, Work-Life-Balance‘ etc. herangezogen.

Dienstleistungsproduktivität/-qualität: Zur Abbildung der ‚Strukturwirksamkeit‘ (= Input in den Prozess der Dienstleistung) werden das Leistungspotenzial des Anbieters und das Integrationspotenzial des Kunden/Klienten herangezogen. Zur Beschreibung der ‚Prozesswirksamkeit‘ (= Throughput) werden die Prozessproduktivität und –qualität des Anbieters, die des Kunden/Klienten und die Interaktionsproduktivität/-qualität (Zusammenwirken des Anbieters und Kunden/Klienten) herangezogen. Die Messung der ‚Ergebniswirksamkeit‘ der Dienstleistungserbringung erfolgt sowohl quantitativ als auch qualitativ.

Erfolgsgrößen: die unterschiedlichen zuvor genannten Indikatoren sind geeignet, die zentralen Erfolgsgrößen der Dienstleistungserbringung zu operationalisieren: (1) die quantitativen und monetären Indikatoren können bottom-up zu *Effizienzmaßen* verdichtet werden, wobei als Spitzenkennzahl üblicherweise das Verhältnis von Output zu Input (entweder mengenmäßig als Produktivitätskennzahl oder wertmäßig als Wirtschaftlichkeitskennzahl) herangezogen wird. (2) Die *Effektivität* des Dienstleistungsprozesses umfasst Indikatoren,

die aus Sicht des Kunden/Klienten etwas über die Güte bzw. Qualität der sozialen Dienstleistung aussagen, wie z.B. die Zuverlässigkeit, Reaktionsfähigkeit, Leistungskompetenz, Empathie des Anbieters etc., sowie Indikatoren zur Arbeitsqualität des Anbieters.

Das Produktivitäts-Dreieck ist auf diese Weise zugleich eingebettet in das Konzept nachhaltiger Arbeitsqualität (Becke 2009) und umfasst z.B. die in Abbildung 12 dargestellten Dimensionen der Prozessqualität (Anbieter, Kunde, Interaktion), die Ergebnisqualität („gute“ Unterstützungsleistung) und die wahrgenommene Arbeitsqualität. In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen „Kanten“ des Produktivitätsdreiecks näher erläutert.

Effizienz und Effektivität: Erfolgsgrößen sozialer Dienstleistungen

Die Produktivitäts-, Qualitäts- und Erfolgsbeurteilung von (sozialen) Dienstleistungen ist angesichts der sich absehbar verschärfenden Situation im sozialen Dienstleistungsbereich (Demografischer Wandel, Fachkräftemangel, Kostendruck) ein viel diskutiertes Thema. Soziale Dienstleistungen werfen regelmäßig hohe Kosten auf, die zum einen durch die Kunden und zum anderen (in den meisten Fällen auch) durch Sozialversicherungen (v.a. Pflegeversicherung und Krankenversicherung), Privatversicherungen oder die Sozialhilfeträger finanziert werden müssen. Alle Kostenträger haben hierbei Interesse an der Senkung der Kosten bzw. wenigstens einer Beschränkung der angesichts des demographischen Wandels zu erwartenden Kostensteigerung.

Aus diesem Grunde wurden schon in den vergangenen Jahren verstärkt Eingriffe in das Angebot sozialer Dienstleistungen vorgenommen, die kostendämpfend wirken sollen. Grundprinzipien der Eingriffe waren zum einen eine Stärkung des Marktmechanismus (z.B. Erzeugung von Konkurrenz durch die Zulassung neuer privater Anbieter) und zum anderen eine Ausgabenbeschränkung für Dienstleistungen (z.B. durch Deckelung der Pflegesätze; Beschäftigung von geringer qualifizierten Pflegekräften; vgl. Marrs 2007; Rothgang 2008; Senghaas-Knobloch 2010). Dennoch gelten Pflegeleistungen – Rentenleistungen vergleichbar – als zukünftig immer schwerer zu finanzieren. Der tatsächliche und von vielen Trägern empfundene Kostendruck ist daher in diesem Sektor sehr groß. Um die Finanzierung von sozialen Dienstleistungen trotz tendenziell sinkender Sätze sicherstellen zu können, sind die Anbieter deshalb auf eine Steigerung der Produktivität im Sinne einer verbesserten Kosteneffizienz angewiesen.

Mit der zunehmenden Ökonomisierung sozialer Dienstleistungen werden auch verschiedene Ansätze zu einer stärker Management-orientierten Vorgehensweise in diesem Bereich entwickelt. In diesem Zusammenhang treten vor allem Aspekte wie die *Effektivität*, die *Effizienz* sowie die *Qualität* der erbrachten Dienstleistungen in den Mittelpunkt des Interesses. Bei der Betrachtung der Effizienz werden als Input-Größen die eingesetzten Ressourcen (Personal, Verbrauchsmaterial und Betriebsmittel) sowie als Output-Größen quantitative Aspekte (z.B. Zahl der behandelten Klienten) und qualitative Größen wie die Zufriedenheit der Gepflegten herangezogen (Fließ/Marra/Reckenfelderbäumer 2005, 395). Effizienz (im Sinne von Kostenbewusstsein und Kostenorientierung) und Effektivität (im Sinne der Wirksamkeit von Aktivitäten zur Steigerung des Wohlbefindens der Kunden – und damit der Qualitätssicherung der angebotenen Leistung) stehen dabei gleichberechtigt nebeneinander (ebenda).

Damit soll zugleich der Gefahr begegnet werden, dass eine einseitige Ausrichtung von ökonomischen Kenngrößen und Bewertungskriterien auf eine Steigerung der Anbieterproduktivität zu einer Verschlechterung der Qualität führt (Bienzeisler/Tünste 2003). Einen An-

satzpunkt zur Steigerung der Effizienz von Arbeitsprozessen und gleichzeitiger Verbesserung der Service- sowie der Arbeitsqualität sehen Bienzeisler und Löffler z.B. in der Stärkung der Interaktionskompetenz der Beschäftigten (Bienzeisler/Löffler 2005: 220ff.). Interaktionskompetenzen unterstützen Beschäftigte dabei, heterogene Erwartungshaltungen und Widersprüchlichkeiten im Kundenkontakt zu bewältigen und die Qualität der Interaktion zu steigern – und damit die Produktivität ohne Einbußen der Qualität zu verbessern.

Bei allen Rationalisierungsmaßnahmen ist demnach die Sicherstellung einer hohen Arbeits- und Unterstützungsqualität maßgebend. Maßstäbe der Erfolgsbeurteilung können nicht ausschließlich ökonomische Ergebniskriterien (z.B. Zeit, Kosten, Effizienz) sein, sondern müssen Lebensqualität und Handlungsfähigkeit der zu Pflegenden / Betreuenden essentiell zu berücksichtigen. Diese sind zudem feste Orientierungsgrößen gängiger Pflegemodelle (z.B. Pflegemodell von Monika Krohwinkel bei Löser 2004), die ihrerseits Grundlage für weite Bereiche des SGB XI sowie des Konzepts zur Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen sind (MDK 2007; Müller 2005: 41; Löser 2004: 22). Dies spiegeln auch arbeitspsychologisch geprägte arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Forschungstraditionen wieder. Danach lässt sich zeigen, dass sich eine gute Prozessqualität förderlich auf die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten auswirkt und so zur Produktivitätssteigerung beiträgt (siehe Ulich 2001). Eine hohe Prozessqualität wird aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht gefördert, wenn die Arbeitsbedingungen das Kohärenzerleben von Beschäftigten (siehe Antonovsky 1997) unterstützen, d.h. Arbeitsprozesse und -strukturen so gestaltet sind, dass sie von Beschäftigten als verstehbar, handhabbar und sinnhaft erfahren werden.

In vom MDK vorgelegten Instrumentalisierungen des § 79 SGB XI (Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Bereich der stationären Pflege) finden sich vor diesem Hintergrund Effizienzkennzahlen und Effektivitätsindikatoren, die die Wirtschaftlichkeit (Effizienz) und Wirksamkeit/Ergebnisqualität (Effektivität) der Pflege umfassen (vgl. Engel u.a. 2004). Diese werden bei der Operationalisierung des Produktivitäts-Cockpits konzeptionell berücksichtigt.

Als Grundlage der Kostenausdifferenzierung für das Produktivitäts-Dreieck wird der Transaktionskostenansatz herangezogen (vgl. Hafkesbrink 2010). Dabei wird unterstellt, dass sich neben direkten Kosten zur Erzeugung der Wertschöpfung ("Transformationskosten" nach North 1992: 33) alle Koordinationsleistungen zur Etablierung der Dienstleistung in Form von Transaktionskosten – quasi als Residualgröße - bei der Ermittlung der Gesamtkosten niederschlagen. Diese Transaktionskosten können in drei Blöcke geteilt werden (vgl. ähnlich Stein/Zillmer 2007: 15):

- Markttransaktions-/Marktzugangskosten: Kosten der Anbahnung, Abschluss und Überwachung von (Pflege-)Verträgen
- Interne Unternehmens-Transaktionskosten: Kosten der Etablierung und Aufrechterhaltung der Leistungsbereitschaft und der Geschäfts-/Dienstleistungsprozesse
- Netzwerk-Transaktionskosten: Kosten der Etablierung und Überwachung von inter-organisationaler Infrastruktur und inter-organisationalen Geschäfts-/ Dienstleistungsprozessen.

Wir konzentrieren uns in diesem Beitrag zunächst auf die **internen Unternehmens-Transaktionskosten**. Wir definieren dabei die einzelnen Kostenarten wie folgt:

Wertschöpfungskosten: alle Kosten, mit denen ein direkter Wertschöpfungsfortschritt im Dienstleistungsprozess verbunden ist („Transformationskosten“ für den Kernprozess, d.h. alle Aktivitäten zur Steigerung der Kundenmitwirkung, alle sichtbaren Anbieteraktivitäten)

Wertschöpfungsnahe Transaktionskosten: Transaktionskosten, die den Kernprozess unmittelbar werthaltig unterstützen (z.B. Back-Stage Prozesse, die für den Dienstleistungsempfänger unsichtbar sind)

Transaktionskosten für Supportprozesse: Transaktionskosten, die im Zusammenhang mit organisatorischen Leistungsprozessen entstehen, die die Kernprozesse unterstützen (z.B. Dokumentations- und Abrechnungsaufgaben).

Aufgrund der Tatsache, dass soziale Dienstleistungen (d.h. Hilfe-, Betreuungs- und Pflegeleistungen) im Grunde eine Kette von ineinandergreifenden, sich gegenseitig bedingenden und in ihrem Ergebnis wechselseitig abhängige Dienstleistungen darstellen (vgl. Frommelt 2009), ist von besonderem Interesse, welche der im Produktivitäts-Dreieck angeführten Anbieter- und Kundenaktivitäten des Dienstleistungsprozesses als wertschöpfend und welche als wertschöpfungsnahe charakterisiert werden können bzw. welche Prozesse Supportfunktionen darstellen. Auf dieser Basis lassen sich auch für komplexe interaktive Dienstleistungen gezielt Hinweise für z.B. arbeitsorganisatorische Maßnahmen etwa zur Stärkung wertschöpfender Anteile der Dienstleistung bzw. zur Umsteuerung bei Supportprozessen ableiten (vgl. Hafkesbrink/Evers 2011).

Arbeitsqualität

Die Konzeption nachhaltiger Arbeitsqualität (Becke et al. 2010) umfasst zwei miteinander verbundene Dimensionen: Ergebnisqualität bezieht sich auf die Qualität einer erbrachten sozialen (Pflege- und Unterstützungs-) Dienstleistung. Sie wird maßgeblich beeinflusst von der Prozessqualität der Dienstleistungsarbeit, d.h. der Qualität der Arbeitsprozesse, in denen eine soziale Dienstleistung erbracht wird. Das Konzept der nachhaltigen Arbeitsqualität geht von der zentralen Annahme aus, dass eine gute Ergebnisqualität eine hohe Arbeits-Prozessqualität voraussetzt.

Für die Prozessqualität sind drei Dimensionen von zentraler Bedeutung: Sie wird erstens durch die Qualität der Handlungskoordination bei personenbezogenen Pflege- und Unterstützungsdienstleistungen als intensive Interaktionsarbeit (Böhle et al. 2006) geprägt. Solche sozialen Dienstleistungen setzen z.B. ein hohes Maß der (Selbst-)Abstimmung zwischen unterschiedlichen professionellen Kräften, Ehrenamtlichen und Gepflegten in aufgabenbezogener, zeitlicher und sozialer Hinsicht voraus. Die Prozessqualität wird zweitens maßgeblich beeinflusst durch die Qualität der arbeitsbezogenen Kooperationsbeziehungen (Becke 2012) in Pflegeeinrichtungen, in der ambulanten Pflege oder im Rahmen pflegebezogener Quartierskonzepte. Von zentraler Bedeutung hierfür sind das Arbeitshandeln von Führungskräften sowie die soziale Anerkennung von Beschäftigten und Ehrenamtlichen. Die Prozessqualität wird schließlich durch die Qualität der konkreten Arbeitsbedingungen beeinflusst (Becke et al. 2010). Besonders bedeutsam hierfür sind verfügbare arbeitsbezogene Handlungs- und Autonomiespielräume, die Möglichkeiten, professionsethische Vorstellungen und Standards in der Arbeit zu realisieren, Chancen und Angebote zur beruflichen Weiterentwicklung und Qualifizierung sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Privatsphäre.

‚Nachhaltigkeit‘ hat im Konzept der nachhaltigen Arbeitsqualität eine doppelte Bedeutung (Becke 2012): Pflegearbeit ist durch hohe und dynamische Flexibilitätsanforderungen in arbeitszeitlicher, aufgabenbezogener und klientenbezogener Hinsicht geprägt. Lösungsansätze ‚guter Arbeit‘ sind also erstens an sich verändernde Arbeits- und Rahmenbedingungen anzupassen und weiterzuentwickeln. Nachhaltige Arbeitsqualität erweist sich daher als Daueraufgabe. Zweitens bezieht sich Nachhaltigkeit darauf, die gesundheitsförderlichen individuellen, sozialen und organisatorischen Ressourcen in der Arbeit zu erhalten und weiterzuentwickeln, damit Pflegekräfte ihre Aufgaben motiviert und engagiert auf Dauer erbringen können.

In der stationären und ambulanten Pflege besteht ein hoher Gestaltungsbedarf in Bezug auf nachhaltige Arbeitsqualität (vgl. Klein/Gaugisch 2005/Büscher/Horn 2010). Pflegearbeit ist durch ein hohes Niveau physischer (z.B. schweres Heben) und psychischer Belastungen geprägt. Hohe psychische Belastungen sind oft eine Folge der fortschreitenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen und des zunehmenden Kostendrucks der Pflegekassen. Durch die personelle Unterbesetzung von Pflegediensten und den zunehmenden, gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationsaufwand (Weigl/Glaser 2006) erhöht sich in der Pflege der Zeitdruck. Dadurch verfügen Pflegekräfte immer seltener über zeitliche Spielräume, neben der Verrichtungspflege auch auf die Bedürfnisse der Gepflegten nach Zuwendung eingehen zu können. Diese Einschränkungen geraten aus Sicht der Pflegekräfte in Widerspruch zu ihren professionsethischen Vorstellungen und Standards (Kumbruck et al. 2010). Pflegekräfte sind infolge des demografischen Wandels mit erhöhten Arbeitsanforderungen konfrontiert, da (hochaltrige) Gepflegte oft komplexere psychische und physische Erkrankungen und Einschränkungen aufweisen, die sich im Rahmen knapp bemessener Einsatzzeiten und Personalschlüssel immer weniger hinreichend bewältigen lassen (Müller 2005: 69). Psychische Belastungen sind zudem eng verknüpft mit Pflege als personenbezogene Interaktionsarbeit. Sie erfordert insbesondere die oft auch psychisch belastende Arbeit mit und an den eigenen Gefühlen, um z.B. Tätlichkeiten von Gepflegten gegenüber Pflegenden bewältigen zu können.

Pflegearbeit weist ein doppeltes Anerkennungsproblem auf: Dies äußert sich einmal darin, dass Pflegearbeit u.a. als nicht-wissenschaftlich definierte Zuarbeit zu medizinischen Kern-tätigkeiten definiert wird (Gottschall 2008) und ihr eine zu geringe öffentliche Anerkennung zuteil wird (Büscher/Horn: 2010), was sich auch in den vergleichsweise geringen Einkommens- und Verdienstchancen von Pflegekräften niederschlägt. Zudem kommt ihre unzureichende Wertschätzung darin zum Ausdruck, dass gerade die für Pflegearbeit und das professionelle Ethos von Pflegekräften sehr bedeutsamen unsichtbaren Tätigkeitselemente, vor allem im Bereich ihrer Emotions- und Gefühlsarbeit, zu wenig soziale Anerkennung finden (Kumbruck et al. 2010). Dieses Anerkennungsdefizit bildet eine zentrale Quelle für berufliche Gratifikationskrisen von Pflegekräften, die zu Burnout führen können (vgl. Maslach et al. 2001; Siegrist 1996).

Die hohen Arbeitsbelastungen schlagen sich in einem hohen Krankenstand und erhöhter Frühberentung von Pflegekräften in Relation zu anderen Berufsgruppen nieder (vgl. Klein/Gaugisch 2005; Kumbruck 2010). Das hohe Belastungsniveau, ungünstige Arbeitszeiten (z.B. Wechsel- und Nachtschichten), unzureichende soziale Anerkennung und geringe Verdienst- und Entwicklungschancen tragen dazu bei, dass in der Pflege inzwischen ein merklicher Fachkräftemangel existiert. Der Förderung nachhaltiger Arbeitsqualität kommt daher eine Schlüsselbedeutung für die Bindung und Rekrutierung qualifizierten

Personals zu. Maßnahmen zur Verbesserung der Produktivität und Qualität der Pflege sind letztlich nur erfolgreich, wenn sie eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung integrieren und Beschäftigten ermöglichen, professionsethische Vorstellungen in der Arbeit zu realisieren.

Auf dieser Grundlage werden für das Produktivitäts-Cockpit übergreifend (für ambulante und stationäre Einrichtungen) folgende Gestaltungsfelder zur Bearbeitung und Unterstützung der Arbeitsqualität identifiziert:

Qualität der **Arbeitsorganisation**: Diese umfasst v.a. die Arbeitszeit und die Arbeitsgestaltung. Auch eine optimale Gestaltung von Prozessen und Schnittstellen sowie eine systematische Einbindung von Ehrenamtlichen an bestimmten Punkten des Pflegeprozesses können die Qualität der Arbeitsorganisation positiv beeinflussen.

Qualität der **Führung**: Das Handeln der Führungskräfte ist ein entscheidender Faktor zur Unterstützung der Arbeitsqualität. Durch fachlich und sozial kompetentes Führungshandeln kann der individuelle Gestaltungsspielraum von Mitarbeitenden in der Arbeit erhöht und stressige Situationen leichter vermieden werden (vgl. Klein/Gaugisch 2005: 19). Dies kann auch zu einer Arbeitsentlastung der Führungskräfte selbst beitragen.

Qualität der **Kommunikation und Information**: Pflegearbeit umfasst die Interaktion zwischen den Beschäftigten, mit Klienten und deren Angehörigen und Bezugsbetreuern sowie mit externen Dienstleistern und Ehrenamtlichen. Um die Arbeitsaufgaben und -anforderungen bestmöglich bewältigen zu können, ist eine gute Organisation von Schnittstellen, Prozessabläufen und Kommunikation erforderlich, damit Informationen zu Kunden bzw. Klienten weitergegeben und Belastungen vermieden werden.

Qualität der **Kompetenzentwicklung**: Kompetenzentwicklung und beständige Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitenden und Führungskräften ist Bestandteil der gesetzlich festgelegten Prüfkriterien der Qualitätssicherung in der Pflege (vgl. MDS 2007). Die Qualität solcher Angebote bemisst sich daran, ob sie Mitarbeitenden und Führungskräften dabei helfen, ihre täglichen Arbeitsaufgaben gut zu bewältigen und eine hohe Ergebnisqualität sicherzustellen.

Qualität der **Wertschätzung**: Anerkennung ist eine Kerndimension guter Arbeitsqualität, die sich positiv auf das Arbeitsengagement von Beschäftigten auswirken kann.

Die Unterstützung einer nachhaltigen Arbeitsqualität z.B. durch eine gute Arbeitsorganisation, durch Gestaltungs- und Handlungsspielräume für Mitarbeitende und Fortbildungsmöglichkeiten können sowohl in der ambulanten wie stationären Pflege zur Kosteneffizienz durch eine Verringerung von Fehlzeiten und eine Senkung der Fluktuationsquote beitragen (Müller 2005).

Die genannten Punkte dienen im Rahmen des Cockpit-Modells als Determinanten zur Erhebung und Bewertung der Arbeitsqualität von Mitarbeitenden in Einrichtungen sozialer Dienstleistungen. Maßstab hierfür ist die wahrgenommene Arbeitsqualität von Mitarbeitenden und Führungskräften. Hierbei sind Wechselwirkungen von Determinanten der Arbeitsqualität mit Determinanten der Pflegequalität und Kosteneffizienz mit Blick auf integrierte Pflege- und Unterstützungsdienstleistungen zu ermitteln.

Unterstützungsqualität

Im Rahmen gesetzlicher Qualitätsprüfungen seitens des MDK ist die Pflegequalität das zentrale Prüfkriterium. Diese wird unterteilt in die "Strukturqualität (bspw. Personalausstattung, Aus-, Fort- und Weiterbildungsstand, Pflegekonzepte), Prozessqualität (bspw. Pflegedokumentation, Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern) und Ergebnisqualität (bspw. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, pflegerischer und gesundheitlicher Zustand der Pflegebedürftigen)" (DZA 2010: 8). Trotz dieser Relevanz der Pflegequalität im Alltag von Pflegeeinrichtungen und im Rahmen von Qualitätsprüfungen und -beurteilungen ist diese bislang in der Produktivitätsperspektive stark vernachlässigt worden. Dabei ist die Sicherung der Pflege- und Betreuungsqualität die entscheidende Bestimmungsgröße für die Effektivität eines Pflegesystems oder einer Pflegeeinrichtung.

Zur Erfassung und Messung der Unterstützungsqualität wird im Rahmen des Projektes Cockpit z.B. auf die Indikatoren des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (MDK) im Hinblick auf die Ergebnisqualität der Pflege zurückgegriffen. Dieser führt Qualitätsprüfungen auf gesetzlicher Grundlage von ambulanten wie stationären Einrichtungen durch (MDS 2007). Dies bedeutet, dass die genannten Punkte im Rahmen der gesetzlich festgeschriebenen Qualitätsprüfungen ohnehin erhoben werden und Einrichtungen diese Standards versuchen umzusetzen. Der MDS (2007) nennt unter anderem folgende Kriterien als relevant zur Bemessung der Pflegequalität:

Tab. 1: *Indikatoren der Pflegequalität (Auswahl) des MDK*
(Quelle: MDS 2007).

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Pflegekonzepte, Leitbilder	Pflegeplanung und Pflegedokumentation	Pflegezustand (z.B. Hautzustand)
Verantwortungswahrnehmung der Führung im Hinblick auf Managementaufgaben, fachliche Überprüfung von Pflegekräften, Dokumentation	Einarbeitungskonzepte, Qualifizierungsmaßnahmen, Planung und Durchführung von Fortbildungen	Gesundheitsbezogene Aspekte (Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Dekubitusprophylaxe etc.); Bedarfsmedikation
Ausstattungsmerkmale (ambulant: Geschäftsräume, Aufbewahrung der Schlüssel; stationär: Barrierearmut)	Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen	Zufriedenheitswerte von Kunden bzw. Klienten
Qualitätsmanagement, Umsetzung von Maßnahmen der internen Qualitätssicherung	Pflegeanamnese, Planung von Pflegemaßnahmen, Pflegeziele	Biografiearbeit
Aufbauorganisation Personal (Qualifikation, Stellvertretungsregelungen); Qualifikationsgemäßer Einsatz der Pflegekräfte	Evaluation des Pflegeprozesses	Maßnahmen zur sozialen Betreuung (nur stationär)
Ständige Erreichbarkeit (insb. ambulant) und angemessene Personalbesetzung (z.B. am Wochenende)	Aktivierende Pflege: Erfassung von Ressourcen, Fähigkeiten, Problemen und Defiziten der Kunden / Klienten	Einhaltung hygienischer Standards

Ebenfalls anerkannt ist die sog. Pflege-Charta, die von unterschiedlichen Initiativen erarbeitet wurde. Diese Charta dient als "Maßstab für die Umsetzung würdevoller Hilfe und Pflege" (DZA 2010: 4), die "in Deutschland ... breit anerkannt und verankert ist" (ebd., 6). Diese verfügt über acht Artikel, die unterstützen sollen, dass jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch das Recht hat (BMFSFJ/BMG 2010; DZA 2010):

- "auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichste selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen,
- vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden,
- auf Wahrung seiner Privat- und Intimsphäre,
- auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung,
- auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe und Pflege sowie der Behandlung,
- auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,
- seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben
- in Würde zu sterben."

Bei sozialen Dienstleistungen ist das sog. uno-actu-Prinzip von Bedeutung (siehe oben). Der Kunde bzw. Klient ist Mitproduzent und Produktion sowie Konsum der sozialen Dienstleistung fallen zusammen. Dennoch erscheint es nur eingeschränkt sinnvoll, umfassend auch die Nutzerperspektive mit in die Beurteilung der Pflegequalität einzubeziehen (siehe hierzu auch: MDS 2007; Wingenfeld 2003). Bei der Erhebung von Zufriedenheitswerten seitens der Kunden oder Klienten wird in der Regel eine sehr hohe Zufriedenheit sowohl in Bezug auf ambulante wie stationäre Dienstleistungen erhoben (MDS 2007; Wingenfeld 2003). Hinzu kommt, dass "Befragungen der Versicherten zur Zufriedenheit ... nur bei einem Teil der Pflegebedürftigen möglich (sind), da ein großer Teil der Pflegebedürftigen aufgrund der vorliegenden kognitiven Einschränkungen nicht in der Lage ist, Fragen zu beantworten" (MDS 2007: 43).

Vor dem Hintergrund der Standards zur Pflegequalität des MDK sowie des Ansatzes, Unterstützungsqualität nicht ausschließlich vor dem Hintergrund gesundheitlicher Ergebnisse, sondern umfassender auch im Sinne menschenwürdiger Unterstützung (Pflege-Charta) zu betrachten, wird davon ausgegangen, dass sich die Qualität der Pflege nach der Qualität der Struktur, der Qualität der Prozesse sowie nach der Qualität der Ergebnisse bemisst, welche soziale Dienstleistungen erreichen.

Im Rahmen einer Messung und Bewertung der Unterstützungsqualität und der Auswirkungen einer Gestaltung der Produktivität wird in diesem Feld auch eingeschränkt Messkonzepte entwickelt, die die Qualität der Pflege bzw. die Zustimmung und Zufriedenheit seitens der Kunden / Klienten bzw. deren Angehörigen erheben. Auch hier werden oben genannten Gestaltungsfelder bearbeitet, denn diese gelten gleichzeitig als Einflussfaktoren für die Pflegequalität (vgl. z.B. MDS 2007; BMFSFJ/BMG 2010).

Zusammenhänge und Interdependenzen von Erfolgsgrößen, Arbeitsqualität und Pflegequalität im Rahmen des Produktivitäts-Cockpits

Die Produktivität sozialer Dienste bestimmt sich aus den Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Dimensionen des Produktivitätsdreiecks. Ziel ist es, mögliche Interessen- und Erwartungskonflikte der an integrierten Pflegedienstleistungen beteiligten Akteure, problematische nicht intendierte Folgen von Maßnahmen der Produktivitätssteigerung ebenso wie wechselseitig befruchtende Wirkungen mit Blick zu analysieren oder abzuschätzen.

Betriebliche Maßnahmen zur Produktivitätssteigerung können in diesem Zusammenhang solche Maßnahmen sein, die auf Kosteneffizienz, Arbeits- und Unterstützungsqualität einwirken – wobei die jeweiligen Wechselwirkungen zu beachten sind.

Insofern sind die Gestaltungsfelder des Produktivitäts-Cockpit auf solche Maßnahmen und Instrumente ausgerichtet, die sowohl die Arbeits- und Unterstützungsqualität wie auch die Kosteneffizienz verbessern können. Zusätzlich wurde beachtet, dass die Gestaltungsfelder nicht spezifisch auf eine bestimmte soziale Dienstleistung ausgerichtet sind, sondern häusliche Pflege sowie ambulante und stationäre Einrichtungen betreffen. Auch gilt: Bei den Wechselwirkungen zwischen den Dimensionen des Produktivitätsdreiecks Pflege handelt es sich in der Regel nicht um Nullsummenspiele. Im Gegenteil können die Ergebnisse in jeder Dimension negativ (Race-to-the Bottom) oder positiv (Win-Win Situation) sein.

Statt eines Fazits: Ausgewählte Thesen zu den Wechselwirkungen von Kosteneffizienz, Arbeits- und Unterstützungsqualität im Produktivitätsdreieck (siehe z.B.: Blass 2005; Büscher/Horn 2010; Klein/Gaugisch 2005; MDS 2007; eigene Thesen):

These 1: Die Qualität der Pflege im Hinblick auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse kann im Gestaltungsfeld der Arbeitsorganisation z.B. durch individuelle Pflegezeiten und soziale Betreuung unterstützt werden (z.B. DZA 2010). Dies führt zu zusätzlichen Kosten der Koordinierung und Planung, z.B. durch ständige Erreichbarkeit und spontane Reaktion der ambulanten / stationären Dienste auf aktuelle Ereignisse und Wünsche von Kunden und Klienten. Auf der anderen Seite kann eine Gestaltung der Arbeitsorganisation durch individuelle Pflegezeiten unterschiedliche Auswirkungen auf die wahrgenommene Arbeitsqualität haben. So können sie einerseits Schicht- oder Nachtdienste und hiermit eine schlechtere Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben zur Folge haben (Klein/Gaugisch 2005) und die Arbeitsqualität verschlechtern. Andererseits können sie in stationären Einrichtungen auch Stressbelastungen zu bestimmten Arbeitsspitzen im Tagesverlauf (Aufstehen, Frühstück, Mittagessen) verringern (Klein/Gaugisch 2005: 31; Müller 2005: 64) und hierdurch die Gesundheitsförderung unterstützen. Durch Verringerung von Arbeitsspitzen zu bestimmten Zeiten kann Zeit für die Arbeit an Kunden / Klienten gewonnen werden.

These 2: Die Aufgabenwahrnehmung der Führungskräfte ist ein wichtiger Maßstab für die Umsetzung einer guten Pflegequalität (vgl. MDS 2007). Hierzu gehört, dass Mitarbeitende beteiligt werden, dass die Leitbild- und Konzeptentwicklung sowie die Durchführung und Qualität der Dokumentation überprüft werden. Auch die Begleitung und Qualitätssicherung von Pflegeprozessen ist Führungsaufgabe. Zusätzlich ist die Qualität der Führung eine

wichtige Determinante der Arbeitsqualität in der Pflege (z.B. Klein/Gaugisch 2005: 19; Müller 2005). Die optimale Wahrnehmung von Führungsaufgaben kann z.B. durch die Delegation von Aufgaben und Zuordnung klarer Verantwortungs- und Entscheidungskompetenzen Stress und unklare Verantwortlichkeiten vermeiden. Hierdurch können individuelle Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten gefördert werden. Gleichzeitig können Transaktionskosten (z.B. durch Konfliktbearbeitung, Verbesserungsmaßnahmen und Nachfragen) abgesenkt werden. Eine Einbindung von Mitarbeitenden auch in Innovations- und Veränderungsprozessen – von denen Pflegeeinrichtungen aufgrund sich weiterentwickelnder Qualitätsstandards und finanzieller Rahmenbedingungen beständig betroffen sind (vgl. Müller 2005: 69) – kann zudem entlastend wirken und die Arbeitsqualität verbessern (Klein/Gaugisch 2005). Dies kann die Transaktionskosten für Konfliktbearbeitung allgemein und insbesondere in Veränderungsprozessen bei Mitarbeitenden und Führungskräften absenken.

These 3: Die Einarbeitung, Aus- und Weiterbildung von Mitarbeitenden und Führungskräften hat positive Auswirkungen auf die Prozess- und Ergebnisqualität der Pflege. Die Frage des Einsatzes der Mitarbeitenden gemäß ihrer Qualifikation beeinflusst auch die Strukturqualität positiv (vgl. MDS 2007). Zusätzlich ist Kompetenzentwicklung ein wichtiger Baustein zur Unterstützung der Arbeitsqualität. Gut ausgebildete und am richtigen Ort eingesetzte Mitarbeitende können die Transaktionskosten langfristig verringern: Sie können Arbeitsaufgaben effizienter erledigen und somit Arbeitszeit für die soziale Begleitung und Unterstützung von Klienten gewinnen. Zusätzlich sind sie in der Regel besser mit der Dokumentation vertraut und können diese so anwenden, dass die Pflegequalität erhöht wird (vgl. MDS 2007). Auch hier können unterstützende Prozesse der Dokumentation (die in hohem Umfang als belastend empfunden werden) verringert und Transaktionskosten bedingt durch Dokumentationsaufgaben gesenkt werden. Durch Schulungen zur Verhaltensprävention (Stressbewältigung, Rückenschulungen, Hebe- und Tragetechniken in der Pflege) können zusätzlich psychische und physische Belastungen und hierdurch die Kosten für Krankheits- und Fehltage, Personalfuktuation etc. verringert werden.

These 4: Pflege ist Interaktionsarbeit. Dabei kommt es im Alltag zu Stress und Belastungssituationen an den Schnittstellen: "Das betrifft die Kooperation zwischen Management und Pflege, zwischen den verschiedenen Arbeitsschichten, zwischen Pflegebereich und den internen Funktionsbereichen, zwischen Pflegeeinrichtung und externen Leistungsanbietern und zwischen Pflegenden und den Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen" (Blass 2005: 8). Dies führt zu hohem Koordinations- und Kooperationsaufwand und hiermit zu steigenden Transaktionskosten. Durch eine gute Organisation der Kommunikation, der Koordination und der Kooperation in internen Teams aber auch mit externen Dienstleistern (Catering, Apotheken, Ärzten), Ehrenamtlichen und eine hohe Qualität der Informationsweitergabe, d.h. ein externes Schnittstellenmanagement und ein internes Prozessmanagement (welche Informationen werden bei Übergaben weitergegeben? Was wird wie und wo dokumentiert? etc.) lassen sich Transaktionskosten für unsystematische Besprechungen, Nachfragen etc. verringern. Protokolle von Dienst-, Team- und Fallbesprechungen können für alle Mitarbeitende, Ehrenamtliche und weitere Bezugspersonen einsehbar sein (unter Berücksichtigung des Datenschutzes). Dies ist insbesondere auch für Teilzeitkräfte und neue Mitarbeitende von Interesse, die nicht immer bei allen Besprechungen anwesend sind und so über eine geringere Informationsbasis verfügen (Klein/Gaugisch 2005: 32). Gleichzeitig wird die Pflegequalität erhöht: externe Dienste und

Ehrenamtliche sind auf einem hohen Niveau über die Kunden und Klienten informiert. Durch eine gelingende Einbindung von Ehrenamtlichen, Angehörigen etc. in die Arbeitsprozesse der Pflege können Mitarbeitende aktiv unterstützt werden und hierdurch physische wie psychische Ressourcen schonen. Dies kann Kosten der Fluktuation und Ausfalltage von Mitarbeitenden verringern.

These 5: Mit Blick auf die Dimension der Arbeitsqualität ist die Wertschätzung von besonderer Bedeutung. Sowohl intern (soziale Unterstützung im Team und durch Führungskräfte) als auch extern (öffentliche Wertschätzung des Pflegeberufs) können hier positive Verbesserungen durch systematische Öffentlichkeitsarbeit (Pressemitteilungen, öffentliche Veranstaltungen, vgl. z.B. Bode/Dobrowolski 2009) oder die interne Umsetzung sozialer Betreuung und hiermit Zeit für Interaktionsarbeit gewonnen werden. Ein Nebeneffekt einer guten Öffentlichkeitsarbeit ist auch, dass z.B. Ehrenamtliche und neue Mitarbeitende durch ein besseres Image der Einrichtung und des Pflegeberufs gewonnen werden können und hierdurch die Transaktionskosten für Personalsuche absinken können. Auch die Delegation von Verantwortung und Qualifizierungskonzepte zeigen interne Anerkennung (vgl. Büscher/Horn 2010). Diese Maßnahmen können die Qualität der Pflege erhöhen: Qualifiziertes Personal und eine klare Zuordnung und Delegation von Entscheidungssouveränität können sich positiv auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auswirken.

5. Literaturverzeichnis

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.

Augurzky, B./S. Krolow/R. Mennicken/H. Schmidt/H. Schmitz/S. Terkatz (2011): Pflegeheim Rating Report 2011 – Boom ohne Arbeitskräfte? RWI (Hrsg.), Executive Summary, RWI Materialien Heft 68.

Backes, Gertrud M./Amrhein, Ludwig/Wolfinger, Martina (2008): Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.

Baethge, Martin (2011): Die Arbeit in der Dienstleistungsgesellschaft, in: Evers et al. (Hrsg.), Wiesbaden: VS Verlag. S. 35-61.

Baethge-Kinsky, V. et al. (2007): Neue Soziale Dienstleistungen nach SGB II, IAB Forschungsbericht 15/2007, Nürnberg.

Baumgärtner/Bienszeisler (2006): Dienstleistungsproduktivität. Konzeptionelle Grundlagen am Beispiel interaktiver Dienstleistungen, Stuttgart.

Becke, G. (2009): Das Konzept nachhaltiger Arbeitsqualität – Grundlage für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Erwerbsarbeit in der Wissensökonomie. In: Becke, G./Bleses, P./Schmidt, S.: Nachhaltige Arbeitsqualität: Eine Perspektive für die Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie. Artec-paper Nr. 158, Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec), Universität Bremen.

Becke, G./Bleses, P./Schmidt, S. (2010): Nachhaltige Arbeitsqualität – Ein Gestaltungskonzept für die betriebliche Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie. In: Guido Becke (Guest-Editor): Wirtschaftspsychologie, H. 3 ,Prävention in Unternehmen der Wissensökonomie. S. 60-68.

Becke, Guido/Bleses, Peter/Gundert, Hannah/Wetjen, Anna (2011): Trendreport ambulante soziale Unterstützungsdienstleistungen im Alter – arbeitswissenschaftliche Perspektiven, artec-paper 177, Bremen.

Becke, G. (2012): HR Mindfulness – A Concept for Sustainable Quality of Work in Knowledge-Intensive SMEs. In: Ehnert, I.; Harry, W.; Zink, K. J. (Eds.): Handbook of Sustainability and Human Resource Management. Heidelberg et al.: Springer (Im Erscheinen).

Becker, Jens/Goletz, Ulrike (2012): Governance- und Marktoraussetzungen für Altersgerechte Assistenzsysteme – Herausforderungen an Theorie und Praxis, in: Gersch, Martin/Liesenfeld, Joachim (Hrsg.) (2012), Wiesbaden. S. 241-263.

Becks, Thomas/Dehm, Johannes/Eberhardt, Birgid (2007): Ambient Assisted Living. Neue "intelligente" Assistenzsysteme für Prävention, Homecare und Pflege, Frankfurt am Main.

Berlin-Institut (Hrsg.) (2009): Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Autorin: Alva Köhncke. Berlin.

Berlin-Institut (Hrsg.) (2011): Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Autoren: Sabine Sütterlin, Iris Hoßmann, Reiner Klingholz. Berlin.

Bertelsmann-Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2007): Ergebnisanalyse des Werkstatt-Wettbewerbs Quartier und Handlungsempfehlungen, Köln.

Bieger, Thomas (2007): Dienstleistungs-Management. Einführung in Strategien und Prozesse bei Dienstleistungen, 4., überarbeitete Auflage, Bern, Stuttgart, Wien.

Bienzeisler, B./Löffler, T. (2005): Jenseits von Kennzahlen: Interaktionskompetenzen zur Steigerung der Dienstleistungsproduktivität, in: Bruhn, M./Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungscontrolling, Forum Dienstleistungsmanagement, Wiesbaden. S. 211-229.

Bienzeisler, B./Tünte, M. (2003): Parallelwelten: Telefongestützte Rationalisierung im Finanzdienstleistungssektor. In: Kleemann, F./Matuschek, I. (eds): Immer Anschluss unter dieser Nummer - Rationalisierte Dienstleistung und subjektivierte Arbeit in Call Centern. Berlin: Edition Sigma. S. 109-126.

Blass, K. (2005): Gesunde Pflege in der Altenpflege. Analyse und Maßnahmenentwicklung zur Reduzierung der Arbeitsbelastung in der stationären Altenpflege. Dortmund / Dresden: Wirtschaftsverlag N. W. Verlag für neue Wissenschaft.

Bode, I. unter Mitarbeit von Dobrowolski, A. (2009): Governance-Performance bei gemeinnützigen Trägern der stationären Altenhilfe. Zwei Fallstudien und ihre Botschaften. Wuppertal.

Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hrsg.) (2006): Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Borchart et al. (2011): Gründe von Pflegenden ihre Einrichtungen zu verlassen, <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>).

Bornheim, Nicole (2008): Arbeitsqualität als Ansatzpunkt für eine sozial nachhaltige Gestaltung flexibler Arbeitsformen – Das Beispiel Pflege; in: Guido Becke (Hg.): Soziale Nachhaltigkeit in flexiblen Arbeitsstrukturen. Berlin: LIT. S. 169-184.

Bruhn, M./Stauss, B. (Hrsg.) (2006): Dienstleistungscontrolling, Forum Dienstleistungsmanagement, Wiesbaden.

Büscher, A./Horn, A., (2010): Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.

Büscher, A./H.-M. Hasselhorn/P. Tackenberg (2004): NEXT – Nurses early exit study – Eine Studie zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf in Europa. Hospital, H. 1. S. 39-41.

Buestrich/Wohlfahrt (2008): Die Ökonomisierung der sozialen Arbeit; in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 12-13/2008, 17. März 2008. S. 17-24.

Büttgen, Marion (2007): Kundenintegration in den Dienstleistungsprozess. Eine verhaltenswissenschaftliche Untersuchung, Wiesbaden.

Buhr, Regina (2009): Die Fachkräftesituation in AAL-Tätigkeitsfeldern. Perspektive Aus- und Weiterbildung, Berlin.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2011): BMBF-Onlineumfrage zur assistierten Pflege von morgen, Mai 2011, Bonn.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2007): Innovationen mit Dienstleistungen, Bonn, Berlin.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (o.J.): "Nutzerabhängige Innovationsbarrieren im Bereich altersgerechter Assistenzsysteme". 1. Studie im Rahmen der AAL-Begleitforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Abschlussbericht, Berlin.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit (BMFSFJ/BFG eds.) (2010): Charta der Rechte pflege- und hilfebedürftiger Menschen (Pflege-Charta). Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2010): Potenzielle nutzen – die Kundengruppe 50plus. Ein Gewinn für ältere Kundinnen und Kunden. Berlin.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2007): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2012): Gesundheitspolitische Informationen. Sonderausgabe: Pflege-Neuausrichtungsgesetz (Juli 2012), Berlin.

Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2012): Jedes Alter zählt. Demografiestrategie der Bundesregierung. Berlin.

Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2011): Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und zukünftigen Entwicklung des Landes, Berlin.

Cirkel, Michael (2009): Von der Last zur Chance – Das Altern der Gesellschaft im Paradigmenwechsel, in: Seniorenwirtschaft – Zeitschrift für Fach- und Führungskräfte, 1/2009, Jahrgang 1. S. 4-10.

Cirkel, Michael/Enste, Peter (2011): Seniorenwirtschaft – Konturen eines Wachstumsmarktes, in: Fretschner, Rainer/Hilbert, Josef/ Maelicke, Bernd (Hrsg.), Baden-Baden. S. 33-42.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA, ed.) (2010): Umsetzung der Pflege-Charta in der ambulanten Altenpflege. Benchmarkingprojekt mit ambulanten Pflegediensten. Bericht zum Praxisprojekt.

Dobernowsky, Mario/ Gauch, Stephan/Fahl, Petra/Schöpe; Lothar/Trage, Michael (2012): Ein Geschäftsmodellansatz für ein standardisiertes technikunterstütztes Dienstleistungsangebot im Wohnquartier – Das Projekt STADIWAMI, in: Gersch, Martin/Liesenfeld, Joachim (Hrsg.) (2012), Wiesbaden. S. 147-177.

Dunkel, Wolfgang/Wehrich, Margit (2010): Arbeit als Interaktion; in: Fritz Böhle/Günter G. Voß/Günther Wachtler (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag. S. 177-200.

Eberhardt, Birgid/Fachinger, Uwe/Henke, Klaus-Dirk (2009): Better Health and Ambient Assisted Living (AAL) from a global, regional and local economic perspective, Berlin.

Eitner, C. (2011). Bundesinitiative „Wirtschaftsfaktor Alter“ – Erhöhung der Lebensqualität älterer Menschen sowie Stärkung von Wirtschaftswachstum und Beschäftigung. In Fretschner, R. et al. (Hrsg.), Jahrbuch Seniorenwirtschaft.

Engel, H./Burjk/R.;Kapitza/T.Randzio, O. (2004): Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI – Modellprojekt zur Verbindung von Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit in stationären Pflegeeinrichtungen. In: GGW 4/2004 (Oktober), 4. Jg. S. 26-34.

Evans et al. (2011a): Soziale Gesundheitswirtschaft. Mehr Gesundheit – gute Arbeit – qualitatives Wachstum. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Evans et al. (2011b): Arbeit und Qualifizierung in der sozialen Gesundheitswirtschaft. Von heimlichen Helden und blinden Flecken. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hrsg.) (2011): Handbuch Soziale Dienste, Wiesbaden: VS Verlag.

Fachinger, Uwe/Koch, Hellen/Braeseke, Grit/Merda, Meiko/Henke, Klaus-Dirk/Troppens, Sabine (2012): Ökonomische Potenziale altersgerechter Assistenzsysteme. Ergebnisse der „Studie zu Ökonomischen Potenzialen und Neuartigen Geschäftsmodellen im Bereich Altersgerechte Assistenzsysteme“, Vechta, Berlin.

Fehren, Oliver (2011): Sozialraumorientierung sozialer Dienste, in: Evers et al. (Hrsg.) (2011), Wiesbaden. S. 442-457.

Fließ, Sabine (2009): Dienstleistungsmanagement: Kundenintegration gestalten und steuern. Wiesbaden: Gabler.

Fließ, S./Marra, A./Reckenfelderbäumer, M. (2005): Betriebswirtschaftliche Aspekte des Pflegemanagements, in: Kerres, A./Seeberger, B. (Hrsg.): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement, Heidelberg. S. 393-436.

Fließ, Sabine (2002): Pflegemanagement als Dienstleistungsmanagement, in: Der Krankenhausmanager, hrsg. von Arnold Raem u.a., Berlin u.a., Kapitel 5.02. S.1-59.

Förschler, Hanns-Lothar (2008): Strategische Neupositionierung sozialwirtschaftlicher Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege in Deutschland: Ansätze einer speziellen Unternehmenstheorie zwischen Marktwirtschaft und Gemeinwohlorientierung, Flensburg.

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut Arbeit und Technik (Hrsg.) (2006): Seniorenwirtschaft in Deutschland. Wohnen im Alter, Dortmund.

Fretschner, Rainer/Hilbert, Josef/Maelicke, Bernd (Hrsg.) (2011): Jahrbuch Seniorenwirtschaft 2011, Baden-Baden.

Friesdorf, Wolfgang/Podtschaske, Beatrice/Stahl, Maria/Glende, Sebastian/Nedopil, Christoph: „Nutzerabhängige Innovationsbarrieren im Bereich altersgerechter Assistenzsysteme“, 1. Studie im Rahmen der AAL-Begleitforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, Abschlussbericht, Berlin.

Fuchs-Frohnhofen, Paul/Dörpinghaus, Sandra/Borutta, Manfred/Bräutigam, Christoph (Hrsg.) (2011): Projekt PIA – Pflege-Innovationen in der Gesundheitsregion Aachen. Projekterfahrungen und Anregungen zur Umsetzung, Marburg.

Gatterer, Gerald (Hrsg.) (2007): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch, Zweite, aktualisierte und erweiterte Auflage, Wien/New York.

Georgieff, Peter (2008): Ambient Assisted Living – Marktpotenziale IT-unterstützter Pflege für ein selbstbestimmtes Altern, Stuttgart.

Gersch, Martin/Hewing, Michael (2012): AAL-Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen - Eine empirisch gestützte Typologie relevanter Grundtypen ökonomischer Aktivitäten zur Nutzung von Ambient Assisted Living in sich verändernden Wertschöpfungsketten, in: Gersch, Martin/Liesenfeld, Joachim (Hrsg.) (2012), Wiesbaden. S. 3-26.

Gersch, Martin/Liesenfeld, Joachim (Hrsg.) (2012): AAL- und E-Health-Geschäftsmodelle, Technologie und Dienstleistungen im demografischen Wandel und in sich verändernden Wertschöpfungsarchitekturen, Wiesbaden.

Glaser, Jürgen/Jarisch, Hanka/Overhage, Reimund (2011): Neue Qualität der Arbeit in der Pflege – Initiativen für eine zukunftsorientierte und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, in: Fuchs-Frohnhofen et al. (Hrsg.). S. 291-298.

Gottschall, K. (2008): Soziale Dienstleistungen zwischen Informalisierung und Professionalisierung – oder: der schwierige Abschied vom deutschen Erbe sozialpolitischer Regulierung. In: Arbeit, Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik 17 (4). S. 254-267.

- Göpfert-Divivier, Werner/Schulz, Jürgen (2009): Alltagshilfen erfolgreich aufbauen. Schritt für Schritt in ein neues Geschäftsfeld, Hannover.
- Graf, Birgit/Jacobs, Theo/Luz, Jochen/Compagna, Diego/Derpmann, Stefan/Shire, Karen (2012): Einsatz und Pilotierung mobiler Serviceroboter zur Unterstützung von Dienstleistungen in der stationären Altenpflege, in: Shire, Karen A./Leimeister, Jan Marco (Hrsg.), Wiesbaden. S. 265-287.
- Grohs, Stephan/Bogumil, Jörg (2011): Management sozialer Dienste, in: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hrsg.) (2011): Handbuch Soziale Dienste, Wiesbaden. S. 299-314.
- Hackmann, Tobias/Moog, Stefan (2008): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage, Diskussionsbeiträge // Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, No.33, Freiburg.
- Hafkesbrink, J. (2010): Prävention in der Wissensökonomie als Win-Win-Strategie – Was kann der Transaktionskostenansatz dazu leisten? In: Becke, G./Klatt, R./Schmidt, B./Stieler-Lorenz, B./Uske, H. (eds.): Innovation durch Prävention – Gesundheitsförderliche Gestaltung von Wissensarbeit, 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag N. W. Verlag für neue Wissenschaft.
- Hafkesbrink, J./Evers, J. (2011): Evaluierung der Vertrauenskultur in Innovations- und Veränderungsprozessen – ein Messkonzept zur Erfassung und Beurteilung der ökonomischen und sozialen Wirkungen der Vertrauensgestaltung. In: Becke, G./Behrens, M./Bleses, P./Evers, J./Hafkesbrink, J.: Organisationale Achtsamkeit in betrieblichen Veränderungsprozessen – Zentrale Voraussetzung für innovationsfähige Vertrauenskulturen. Bremen: artec-paper 175. S. 185-229.
- Haubner, Dominik/Nöst, Stefan (2012): Pflegekräfte - Die Leerstelle bei der Nutzerintegration von Assistenztechnologien, In: Shire, Karen A./Leimeister, Jan Marco (Hrsg.): Technologiestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden. S. 3-30.
- Horx, Matthias/Rauch, Christian (2011): Zukunftstrends in der Altersvorsorge. Was die Kunden morgen von der Finanzindustrie erwarten, Köln.
- Johnston, Robert/Jones, Peter (2004): Service productivity: Towards understanding the relationship between operational and customer productivity, In: International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. 53 Iss: 3. S. 201 – 213.
- Klein, B./Gaugisch, P. (2005): Gute Arbeitsgestaltung in der Altenpflege. Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege. Dortmund / Dresden: Wirtschaftsverlag N. W. Verlag für neue Wissenschaft.
- Knüpp, Helmut (2009): Wohnqualität ist Lebensqualität – Wie sich Wohnungsgenossenschaften auf Senioren einstellen, in: Seniorenwirtschaft 2/2009, Jahrgang 1. S. 57-60.
- Kohls (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Krause, Michael (2003): Die Reichweite des institutionalisierten Technologietransfers bei der Diffusion neuer Technologien- Das Beispiel der begleitenden Maßnahmen im Förderprogramm Mikrosystemtechnik 1994-1999, Innovation: Forschung und Management; Band 21), Bochum.
- Kreis Borken (Hrsg.) (2007): Leben im Alter neu denken – Kreis Borken bewegt, Borken.
- Kremer-Preiß/Stolarz (2005): Werkstatt-Wettbewerb Quartier – Dokumentation der ausgezeichneten Beiträge, Köln.

- Krieg-Brückner, Bernd (2009): Technik für Senioren in spe im Bremen Ambient Assisted Living Lab; in: IPP Info – Newsletter des IPP Bremen. Institut für Public Health und Pflegeforschung. Universität Bremen. S. 5.
- Kumbruck, C./Rumpf, M./Senghaas-Knobloch, E. (2010): Das Ethos fürsorglicher (Pflege-) Praxis auf der Suche nach Wertschätzung. Münster: LIT-Verlag.
- Kumbruck, Christel (2009): Veränderungen in den Beziehungsaspekten der Pflegearbeit – eine qualitative Studie zur kirchlichen Pflegearbeit; in: Arbeit, H. 1. S. 63-75.
- Kunze, Christophe/Rosales Saurer, Bruno/Röll, Natalie/Görlitz, Roland/Rashid, Asar-nusch/Hastedt, Ingrid/Senne, Gregor/Vetter, Tibor/Lutze, Steffen/Schwind, Werner/Wieser, Maren/Ohler, Walter/Merz, Nikolaus (2102): Umfassende Unterstützung pflegender Angehöriger durch die im regionalen Service Netzwerk verankerte easyCare Plattform, in: Gersch, Martin/Liesenfeld, Joachim (Hrsg.). Wiesbaden. S. 111-143.
- Lasshof, Britta (2006): Produktivität von Dienstleitungen – Mitwirkung und Einfluss des Kunden, Wiesbaden.
- Lehndorff, Steffen (2006): Motor der Entwicklung oder fünftes Rad am Wagen? Soziale Dienstleistungen als gesellschaftliche Investition; in: Ders. (Hg.): Das Politische in der Arbeitspolitik. Berlin: Edition Sigma. S. 127-153
- Löser, Angela Paula (2004): Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: schnell, leicht und sicher. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2. Auflage.
- Lullies, Veronika/Bollinger, Heinrich/Weltz, Friedrich (1993): Wissenslogistik. Über den betrieblichen Umgang mit Wissen bei Entwicklungsvorhaben. Frankfurt/M., New York: Campus.
- Lutz (2008): Perspektiven der sozialen Arbeit; in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 12-13/2008, 17. März 2008. S. 3-10.
- Manthey, M. (2002): Primary Nursing – ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern
- Manzeschke, A. (2009): Ethische Aspekte von AAL – Ein Problemaufriss. In: Tagungsband 2. Deutscher Ambient Assisted Living Kongress, 27./28. 2. 2009, hrsg. vom VDE und BMBF. Berlin/Offenbach (VDE-Verlag). S. 201–205.
- Marrs, Kira (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?; in: WSI-Mitteilungen, H. 9. S. 502-507.
- Maslach, C./Schaufeli, W.B./Leiter, M.P. (2001): Job Burnout. In: Annual Review of Psychology, Vol. 52. S. 397-422.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (ed.) (2007): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen.
- Merchel (2003): Zum Stand der Diskussion über Effizienz und Qualität in der Produktion sozialer Dienstleistungen; in: Möller (Hrsg.): Effektivität und Qualität sozialer Dienstleistungen, Kassel. S. 4-25.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (2007): Neue Wohnprojekte für ältere Menschen - Gemeinschaftliches Wohnen in Nordrhein-Westfalen – Beispiele und Wege zur Umsetzung, Düsseldorf.
- Mischo-Kelling, M. (2007): Pflege und Pflegeorganisation in amerikanischen und deutschen Krankenhäusern, in: M. Mischo-Kelling; P./Schütz-Pazzini (Hg.): Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderungen und Chancen. Bern. S. 21-79.
- Müller, Herbert (2005): Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage.

- North, D. C. (1992): Institutionen, institutioneller Wandel und Wirtschaftsleistung. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Ohne Verfasser (2008): Tagungsband Ambient Assisted – 1. Deutscher Kongress mit Ausstellung. Technologien – Anwendungen – Management, 30.1.-1.2.2008 in Berlin. Berlin: VDE-Verlag.
- Ohne Verfasser (2008): Das auf Basis des „Quality of Health Outcome Model“ (QHOM) entwickelte Zürcher Pflege-Qualitätsmodell: Eine neue Perspektive zur Messung von Pflegequalität; in: Pflege 2008, H. 21. S. 309-317.
- Ostermeier, Christian (2009): Die Zukunft des (Ambient) Assisted Living. Eine Bewertung von Konzepten hinsichtlich Alltags- und Markttauglichkeit, Potsdam.
- Pattloch, Dagmar (2010): Pflegebedürftigkeitsfreie Lebenserwartung in Deutschland. Ein Beitrag zur Debatte um die Kompression von Morbidität, Berlin.
- Pfaff, Heiko (2012): Pflege heute und in Zukunft, Vortrag auf der Tagung: „Pflege be(ob)achten“ am 07./08. März 2012 in Münster.
- Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen/Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW (Hrsg.) (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW – Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- PriceWaterhouseCoopers AG (Hrsg.) (2011): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030.
- Rahmann, J. (2008): Arbeitswissenschaft als Impuls für Pflegewissenschaft. Implikationen der arbeitswissenschaftlichen Diskussion zur Subjektivierung von Arbeit als Erkenntnisgewinn für pflegerische Arbeitsorganisationskonzepte. Diplomarbeit im Studiengang Pflegewissenschaft der Universität Bremen.
- Reichwald/Möslein (1995): Wertschöpfung und Produktivität von Dienstleistungen? Innovationsstrategien für die Standortsicherung, München.
- Rinderspacher, Jürgen/Hermann-Stojanov, Irmgard/Pfahl, Svenja/Reuyb, Stefan (2009): Zeiten der Pflege. Eine explorative Studie über individuelles Zeitverhalten und gesellschaftliche Zeitstrukturen in der häuslichen Pflege. Münster: LIT.
- Rothgang, Heinz (2008): Reform der Pflegeversicherung; in: ZeS Report, H. 2, S.1-5, Zentrum für Sozialpolitik. Universität Bremen.
- Rothgang, Heinz/Iwansky, Stephanie/Müller, Rolf/Sauer, Sebastian/Unger, Rainer (2010): Barmer GEK Pflegereport 2010, Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 5. Schwäbisch Gmünd: Barmer GEK.
- Schmid, Josef (2011): Soziale Dienste und die Zukunft des Wohlfahrtsstaates, in: Evers et al. (Hrsg.), Wiesbaden. S. 117-144.
- Schmidt (2008): Demographischer Wandel und soziale Dienstleistungen, in: Birgit Bütow, Karl-August Chassé, Rainer Hirt (Hrsg.): Soziale Arbeit nach dem Sozialpädagogischen Jahrhundert. Positionsbestimmungen Sozialer Arbeit im Post-Wohlfahrtsstaat. Opladen/Farmington Hill: Budrich 2008, S. 143-158.
- Roland Schmidt (2010): Soziale Arbeit in der pflegerischen Versorgung. In: Handbuch Soziale Arbeit und Alter.
- Schnur, Olaf/Drilling, Matthias (Hrsg.) (2011): Quartiere im demografischen Umbruch. Beiträge aus der Forschungspraxis, Wiesbaden.
- Schnur, Olaf/Drilling, Matthias (2011a): Quartiere im demografischen Umbruch, in: Schnur, Olaf/Drilling, Matthias (Hrsg.), Wiesbaden. S. 11-24.
- Shire, Karen A./Leimeister, Jan Marco (Hrsg.) (2012): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft, Wiesbaden.

- Schröder, Wolfgang/Schwepe, Cornelia (2011): Alte Menschen mit Migrationshintergrund, in: Handbuch Soziale Arbeit und Alter.
- Senghaas-Knobloch, E. (2010): Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen fürsorglicher Praxis in der Pflege. In: Kumbruck, C./Rumpf, M./Senghaas-Knobloch, E.: Das Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis auf der Suche nach Wertschätzung. Münster: LIT-Verlag.
- Senghaas-Knobloch, Eva (2008): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis; in: Berliner Journal für Soziologie, H. 2. S. 221-243.
- Siegrist, J. (1996): Adverse Health Effects on High-Effort/Low-Reward Conditions. In: Journal of Occupational Health Psychology, Vol. 1, No. 1. S. 27-41.
- (SONG) Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.) 2011: Zukunft Quartier - Lebensräume zum Älterwerden, Band 3, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- (SONG) Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.) (2010): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden; Band 3: Soziale Wirkung und „Social Return“ – Eine sozioökonomische Mehrwertanalyse gemeinschaftlicher Wohnprojekte, 2. Auflage, Bielefeld.
- (SONG) Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.) (2009): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden; Themenheft 1: Hilfe-Mix – Ältere Menschen in Balance zwischen Selbsthilfe und (professioneller) Unterstützung, Bielefeld.
- (SONG) Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.) (2009): Themenheft 4: Neue Wohnformen im Alter – Finanzierungsmöglichkeiten innovativ gestalten, Bielefeld.
- (SONG) Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.) (2009a): Expertise von Professor Dr. Thomas Klie: Sozialpolitische Neuorientierung und Neuakzentuierung rechtlicher Steuerung, Bielefeld 2009.
- (SONG) Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.) (2008): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden; Themenheft 2: Gemeinsam mehr erreichen – Lokale Vernetzung und Kooperation, Bielefeld.
- (SONG) Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.) (2008): Themenheft 5: Innovationen ermöglichen – Wirkungsorientiert steuern, Bielefeld.
- Stampfl, Nora S. (2011): Die Zukunft der Dienstleistungsökonomie. Momentaufnahme und Perspektiven, Berlin Heidelberg.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Demografischer Wandel in Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Staudinger, Charlotte /Rosenberger-Spitzy, Angelika/Gatterer, Gerald (2007): Organisationsstrukturen der Altenbetreuung im Wandel, in: Gatterer (Hrsg.) (2007): 17-32.
- Stein, A./Zillmer, S. (2007): Institutionenökonomische Erklärungen zur räumlichen Entwicklung der Wissensökonomie. Working Paper Leibniz-Institut für Regionalentwicklung und Strukturplanung (IRS).
- Strese, Hartmut/Seidel, Uwe/Knape, Thorsten/Botthof, Alfons (2010): Smart Home in Deutschland. Untersuchung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung zum Programm Next Generation Media (NGM) des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin.
- Ulich, E. (2001): Arbeitspsychologie. Zürich, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 5. Auflage.
- Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) (2010): Vorstudie – Juristische Fragen im Bereich altersgerechter Assistenzsysteme, Kiel.
- Viehweger, Axel/Brylok, Alexandra/Uhlman, Michael/Zimmermann, Ulrich/Dagmar Israel (2012): Geschäftsmodell- und Dienstleistungsansätze unter Einbeziehung von AAL-

Systemen im Bereich des Wohnens, in: Gersch, Martin/Liesenfeld, Joachim (Hrsg.), Wiesbaden. S. 179-212.

Weigl, M./Glaser, J. (2006). Evaluation der Förderung von Interaktionsarbeit - Befunde der wissenschaftlichen Begleitforschung im Altenpflegeheim. In F. Böhle & J. Glaser (Hrsg.), Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag. S. 131-152.

Wingenfeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft, Veröffentlichungsreihe.

Zeithaml/Bitner 2003: Services Marketing, Integrating Customer Focus Aacross the Firm. New York.