

Rainer Pitschas / Günter Thiele

Pflege in Zeiten sozialstaatlicher Transformation

Notwendigkeit und Gewährleistungsprofil eines zukunftsgemäßen Pflegesystems¹

Zusammenfassung

Die vom Gesetzgeber vermeintlich eingeleitete Wende in der Pflegeversicherung begegnet immer stärkeren Zweifeln. Die Kaskade der bisherigen Reformgesetze mit dem 1. und 2. Pflegestärkungsgesetz, dem Entwurf eines 3. Pflegestärkungsgesetzes sowie dem Pflegeberufe-Gesetz täuscht darüber hinweg, dass weitreichende Regulierungsdefizite verbleiben. Dem Fachkräftemangel, der daraus resultierenden De-Qualifizierung und De-Professionalisierung sowie der Unterentwicklung der sozialen Infrastruktur der Pflege gilt es in interdisziplinärer Perspektive nachzuspüren, wofür der Beitrag auf einen staatswissenschaftlichen Ansatz zurückgreift. Aus den Überlegungen hierzu werden i. S. einer Abhilfe „vor Ort“ stringente Anforderungen an eine Kommunalisierung der Pflege abgeleitet, die sich in einem grundlegenden Wandel im Ansatz des Pflegerechts sowie der Aufgabenwahrnehmung erweisen muss, damit die gegenwärtige föderale Differenzierung der Aufgabenwahrnehmung zugunsten der Gleichwertigkeit aller Lebensverhältnisse in der Pflege aufrechterhalten werden kann.

Abstract

The substantial turn the German long-term care insurance announced by German legislature is meeting with growing scepticism: the current reform efforts (the first and second Pflegestärkungsgesetz, the draft of a third Pflegestärkungsgesetz, and the Pflegeberufe-Gesetz) cannot paper over the remaining structural deficits of regulation. Skills shortage, and the resulting de-qualification and de-professionalization of care, as well as the underdevelopment of the underlying social infrastructure are problems that are analyzed in this paper in terms of political science from an interdisciplinary perspective (Staatswissenschaften). In conclusion, the article pleads for a communalization of care, which needs effect a fundamental change in the legislative layout of care laws as well as in the execution of tasks to maintain the equality of all living conditions in care giving.

1 Die Verfasser danken den beiden (unbekannten) Gutachtern für deren hilfreiche Hinweise.

1 Unbehilflichkeit aktueller Pflegereform

Mit einem „sozialpolitischen Befreiungsschlag“ hat der Bundesgesetzgeber in der jüngsten Vergangenheit aus demografischen und mancherlei weiteren Gründen (vgl. Hagen/Rothgang 2014, 7–17) eine Wende in der Pflegeversicherung eingeleitet. Die von ihm inzwischen verabschiedeten sog. Pflegestärkungsgesetze I und II suchen nicht nur dem gewandelten Verständnis von „Pflegebedürftigkeit“ und den veränderten Qualitätsanforderungen an die im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zu leistende Grundpflege Rechnung zu tragen (vgl. Richter 2016, 598 f.); sie wollen auch für die Zukunft aus qualitativer Sicht eine „gute Pflege“ einschließlich der dafür notwendigen Innovationen finanziell gewährleisten (vgl. Kraushaar 2015). Weitreichende Regulierungsdefizite verbleiben gleichwohl. In ihrer Unbehilflichkeit sind deshalb die Pflegestärkungsgesetze nicht geeignet, die *Strukturdefizite* gegenwärtiger Pflegearchitektur zu beseitigen. Deren Überwindung bedarf stattdessen weiterhin der Diskussion (vgl. Pitschas 2015b; Pitschas/Thiele 2014; Rothgang 2015).

Die durch den Gesetzgeber erneuerte Pflegeversicherung ist somit – so viel lässt sich bereits jetzt erkennen – nicht nur ein Erfolgsmodell mit Schönheitsfehlern. Die legislatorischen Bemühungen lassen vielmehr im Zusammenhang der ‚Gesetzesproduktion‘ und vor allem anderen kein leitendes Konzept einer „Neuen Pflege“ unter den Bedingungen *sozialstaatlicher Transformation* erkennen (vgl. Pitschas 2015a). Im Prozess des staatlichen Wandels (vgl. Ziekow 2011) verändern sich nämlich nach und nach die Grundlagen unseres Sozialstaats. An ihn werden zahlreiche neue und gewichtige Herausforderungen herangetragen, zu denen nicht zuletzt prinzipielle Festlegungen über die Zukunft der Pflege zählen (vgl. Ehrentraut u. a. 2015; Igl 2015). Diese stellen die herrschende „pragmatische Sozialstaatskonzeption“ in Frage. Sie müssen überdies den in ihr angelegten und verbreiteten Zweifeln begegnen, wie „eine Norm ohne substanziellen Inhalt, ohne fixierbaren normativen Gehalt die Rechtfertigung von Grundrechtseingriffen modifizieren und die Auslegung einfachgesetzlicher Regelungen beeinflussen“ soll (Heinig 2014, 337). Gerade im Hinblick auf die Zukunft der Pflege gilt es also, auch die dem Sozialstaatsdenken noch immer zugemessene regulative Kraft zu substantiieren und im „sozialen Staat“ unter Anerkennung seiner prozesshaften Dynamik einen materiellen und materialen Gehalt auszumachen – sei es über die Verbindung mit dem Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit

(vgl. Pitschas 2001, 831) oder auch in Bezug auf den institutionellen Unterbau der verfassungsrechtlich abgestützten Pflegeversicherung (vgl. Zacher 2004, Rn. 77), der die soziale Pflegeversicherung zu modernisieren aufgibt. Das aber bedeutet, den demografischen Herausforderungen und der Altersarmut zu begegnen, Qualitätsprobleme aufzulösen, das desaströse Pflegemanagement zu erneuern sowie den strukturellen Verschränkungen der Reform mit anderen Sozialleistungsbereichen mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

Diese und andere Ausweise inhaltlicher Reichweite des grundgesetzlichen Sozialstaatsgebots sind die Folge einer *sozialstaatlichen Transformation*, in deren Verlauf dieses Gebot selbst in eine Norm mit substanziellem Inhalt übergeht; sie enthält dann auch und vor allem die staatliche Verpflichtung zur Deckung grundlegender Bedürfnisse und der Sicherung aller künftigen Bedingungen eigenständiger Lebensführung einschließlich der Maßnahmen sozialer Pflegesicherung. Derartige *Teilhabe* unter Gewährleistung individueller Einbeziehung in die soziale Gemeinschaft auch im pflegebedürftigen Alter sowie im Zeichen entsprechender gesellschaftlicher Erwartungen sicherzustellen ist der daraus erspriessende Sozialgestaltungsauftrag. Er erstreckt *staatliche Daseinsvorsorge* auch auf die Pflegepolitik mit dem Auftrag, strukturelle Barrieren der Umsetzung dieses Auftrags zu beseitigen und in der Pflegepolitik ein menschenwürdiges Dasein zu garantieren (vgl. Burgi 2013, 117 f.).

Darum also geht es. Oder anders formuliert: Nach der Pflegereform ist vor der Pflegereform! *Pflegesicherung* als eine der Kernaufgaben des inklusiven und prozeduralen Sozialstaats muss ebenso reflexiv wie präventiv die sich künftig stellenden gesellschaftlichen Herausforderungen antizipieren und auf sie mit ihrer konzeptionellen Fortentwicklung reagieren. Der Entwurf einer „Neuen Pflege“ steht somit im Mittelpunkt auch der hiesigen Erörterungen. Diese skizzieren zunächst den theoretischen Ausgangspunkt und sodann die aufgegebenen prinzipielle Umgestaltung der gegenwärtigen Pflegeversicherung als ein defizitäres Handlungsfeld der sozialen Daseinsvorsorge, das in interdisziplinärer Betrachtung (2) auf der Grundlage öffentlich-privater Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen spezifisch zusammenführende Gestaltungsparameter umfasst (3).

2 Neukonzeption der pflegerischen Versorgung aus staatswissenschaftlicher Perspektive

2.1 Der staatswissenschaftliche Ansatz

Die diesem Ansatz zu Grunde liegende *staatswissenschaftliche* Anknüpfung an die gegenwärtig empirischen Transformationsprozesse der Pflegepolitik und Pflegeversicherung verweist auf die Theorie der reflexiven Modernisierung (vgl. Pitschas 2013, 511) sowie unter Bezugnahme auf die Ressource „Gemeinschaft“ in Zeiten wohlfahrtsstaatlicher Transformation auf die vom Gesetzgeber nur unzulänglich aufgenommene, jedoch voraussehbare Unwucht in der künftigen Entwicklung des Pflegesektors. So bleibt die zurückliegende Pflegereform vorwiegend leistungsorientiert und nur unzureichend strukturbezogen. Dagegen bilden erst der Blick auf die Rolle der Angehörigen zwischen Pflege, Geschlecht und Beruf, den realen Personalbedarf in den Pflegeeinrichtungen, die ausstehende Konzeptentwicklung für Pflegedienstleistungen, aber auch die Fokussierung auf Professionalisierungserfordernisse, auf Bewertungssysteme für qualitativ „gute“ Pflege oder auch auf die Exzellenz des Pflegemanagements Schlüsselsequenzen der nachfolgend zu führenden „offenen“ Grundlagendiskussion und einer Neukonzeption von Pflege: Erst die Auseinandersetzung mit ihnen in den Auswirkungen auf die künftigen Handlungsspielräume von Pflegepersonen und Pflegekräften ergibt zukunftsweisende Gestaltungsparameter als Grundgerüst einer nutzerorientierten Pflegearchitektur. Diese fußen auf der aktuellen Defizitanalyse, die sich mit den ausgewiesenen Gestaltungsbedingungen der Pflege im sich transformierenden Sozialstaat verbindet (vgl. Richter 2016, 599).

Für ein daraus resultierendes und tragendes Pflegekonzept der Zukunft bedarf es überdies der Antwort auf die Frage, wie Politik und Gesetzgebung die mit diesem Konzept verbundenen Reformaufträge zu erfüllen in der Lage sind (vgl. Ehrentraut u. a. 2015, 20). Dabei geht es nicht zuletzt um institutionelle Verortungen, namentlich um die *Rekommunalisierung* verantwortlicher Pflege und ihre gleichzeitige Öffnung gegenüber sozialwirtschaftlichen Ansätzen (vgl. Kraushaar 2015). Kein Weg dürfte bei alledem daran vorbeiführen, die Ressource „Gemeinschaft“ für künftige Pflegeanstrengungen mehr als bisher in den Vordergrund zu rücken. Unsere Vorstellungen sehen hierin den Ansatzpunkt für eine daran orientierte und verfassungsrechtlich erst noch einzurichtende

„Gemeinschaftsaufgabe Pflegesicherung“. Auf ihrer Grundlage erst können sich Bund, Länder und Kommunen unter Trennung der Kranken- von der Pflegeversicherung sowohl den veränderten Anforderungen an qualitative Pflege im demografischen Wandel als auch den Folgen aus dem Verlust der klassischen Familienstrukturen *erfolgreich* stellen.

2.2 Evidenzbasierte Modernisierungsstränge

Insofern die zuvor angesprochenen Strukturüberlegungen zur Pflegereform einen grundlegenden Wandel der Aufgabenwahrnehmung in der pflegerischen Arbeit erfordern, können einzelwissenschaftliche Überlegungen wie etwa solche der Diakonie- oder auch Pflegewissenschaften, der Politikwissenschaft oder auch der Soziologie allein nur bedingt gültige Aussagen treffen. Denn sie haben stets zu berücksichtigen, dass rechtlich-normative Maßgaben den Modernisierungsvorgang der Pflegestrukturen und -prozesse ebenso anleiten wie sie sich auf die Konzeptentwicklung auswirken (vgl. Elsbernd 2008, 52; Pitschas/Thiele 2014, 58). Daneben erlangen aber auch Überlegungen zur Effektivität und (sozialen) Effizienz der kostenintensiven Aufgabenwahrnehmung in der pflegerischen Versorgung maßgebliche Bedeutung; dementsprechend stellen sich – wie noch näher darzulegen sein wird – Nutzen- und Kostenerwägungen bzw. solche zu den Hindernissen der Zielerreichung bei der pflegerischen Versorgung aus der Perspektive von Sozialpolitik und sozialer Arbeit – um nur ein weiteres Beispiel zu nennen – anders als aus ökonomischer Sicht dar.

Es spricht daher alles dafür, empirisch gegebene Strukturdefizite nicht zuletzt aus einer *integrativen staatswissenschaftlichen Perspektive* anzugehen.² Diese hat sich der Evidenz ihrer Annahmen zum Pflegesektor zu vergewissern, dabei in ökonomischer und verwaltungswissenschaftlicher aber auch in sozialpolitischer Deutung tragfähige Überlegungen zu einem werteorientierten Pflegemanagement und in sozialwissenschaftlichem Leistungsverständnis einzubringen. Zu achten ist ferner darauf, dass alle Strukturveränderungen die rechtlichen Rahmenbedingungen wahren bzw. umsetzen – ohne damit nur irgendwie in eine Dominanz rechtlicher Betrachtung zurückzufallen.

2 Zur Begründung der staatswissenschaftlichen Perspektive vgl. Hesse u. a. 1990.

Der „arbeitende Staat“ wird auf diese Weise im Pflegesektor sichtbar, wie er nämlich – und ganz im Gegensatz zur „*Hardware*“ der Steuerung durch die neuen Pflegegesetze, zu der etwa der revidierte „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ oder auch der „Pflegegrad“ rechnen – eine eher „*soft*“ angelegte qualitative Steuerungsweise in der künftigen Entwicklung des Pflegesektors verfolgen sollte. Gerade mit ihr wird es gelingen, die *Wirksamkeit* und *soziale Infrastruktur* der Pflege zu stärken (vgl. Richter 2016, 599). Die Personalmessung in den Pflegeeinrichtungen, die betreuungsgerechte Konzeptentwicklung für Pflegedienstleistungen, Professionalisierungserfordernisse, Bewertungssysteme für qualitativ „gute“ Pflege oder auch die Exzellenz des Pflegemanagements u. a. m. werden dann zu Schlüsselworten einer „offenen“ Grundlagendiskussion und Neukonzeption von Pflege (grundlegend zu dieser Vorgehensweise vgl. Hesse 1987).

Von hier aus lässt sich im Wege staatwissenschaftlicher Analyse der gegenwärtigen Pflegesituation in Verbindung mit der verwaltungswissenschaftlichen Institutionenforschung erkennen, warum die öffentliche Aufgabe „pflegerische Versorgung“ in den Bundesländern in sehr unterschiedlichem Umfang und in sehr unterschiedlicher Intensität wahrgenommen wird. Aus der Sicht der *wirtschaftlichen Staatswissenschaften* ist hierzu festzustellen, dass Nutzen und Kosten der Pflege sich in den Bundesländern unterschiedlich entfaltet haben – dies nicht zuletzt deshalb, weil sie auf divergenten Einschätzungen „sozialer Effizienz“³ im Verhältnis zur betriebswirtschaftlichen Wirtschaftlichkeit von Versorgung beruhen. In der *rechtswissenschaftlichen* Dimension staatwissenschaftlicher Analyse pflegerischer Versorgung zeigt sich zugleich, dass die gesetzgeberischen Ziele in § 2 Abs. 1 SGB XI und insbesondere die Vorstellungen des Gesetzgebers von der Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens durch den Pflegebedürftigen im pflegerischen Alltag bislang an nicht geschriebene Grenzen durch Wechselwirkungen im System des Sozialgesetzbuchs stoßen (vgl. Richter 2016, 599).

Aus alledem schälen sich *drei zukunftsweisende Modernisierungsstränge* heraus. Zum einen geht es um die allfällige *Qualitätssicherung* der Pflegeleistungen (vgl. Kraushaar 2015, 357). So stellt etwa die aufgrund der längeren Lebensdauer zukünftig wachsende Pflegedauer nebst dem breiter werdenden kulturellen Spektrum der Pflegebedürfnisse bislang vernachlässigte Ansprüche an die Pflegenden. Dies verlangt nicht nur

3 Zu Begriff und Reichweite des Begriffs vgl. Pitschas 2012.

nach entsprechender Professionalisierung ihrer Erbringung: „Mit der Verantwortung für kranke und hilfebedürftige Menschen steigt auch der Anspruch an Bildung und Kompetenz“ (Weidner 2015, 29). Neben diese – im Einzelnen umstrittene – qualitäts- bzw. dienstleistungsbezogene Programmatik der Pflegeerneuerung tritt zweitens die grundlegende Umgestaltung der *sozialen Infrastruktur* von Pflege mit besonderer Betonung ihres personellen Faktors. Die konzeptionelle Mitverantwortung der Akteure pflegerischer Arbeit für die Gestaltung der Pflege bleibt von daher näher zu analysieren und in konkrete Empfehlungen auszuformen. Drittens aber ist die gegenwärtig föderale Organisation der Pflege in eine *neue institutionelle Ordnung* zu überführen. Im Ergebnis all' dessen wäre Pflege zukünftig als gemeinwohlgesteuerte bundesweite Gemeinschaftsaufgabe zu begreifen. Denn „Pflege“ ereignet sich nicht auf einem freien Markt, sondern sie bedarf reflexiver staatlicher Regulierung. Verbunden damit erweist sich die Notwendigkeit der Rekonstruktion von Pflege nach Maßgabe einer gemeinwohlbezogenen regionalen Versorgungsökonomie.

2.3 Strukturdefizite pflegerischer Versorgung aus der Perspektive sozialstaatlicher Transformationsforschung: Alternative Gestaltungsparameter

Auf diesem Hintergrund sind die nachfolgenden Ausführungen des Beitrags dazu bestimmt, die Grundlinien einer *Neukonzeption pflegerischer Versorgung aus staatswissenschaftlicher Perspektive* aufzuzeigen. Pflegewissenschaftliche und sozialpolitische Überlegungen sind dazu allein nicht ausreichend. Die zukünftige pflegerische Versorgung des Gesellschaftsbedarfs angemessen und i. S. einer „Therapie an Haupt und Gliedern“ sicherzustellen (Weidner 2015, 29) ist vielmehr darauf angewiesen, aus der Perspektive sozialstaatlicher Transformationsforschung die Notwendigkeit alternativer Gestaltungsparameter künftiger Pflegesicherung herauszuarbeiten und damit interdisziplinär anzusetzen. Die „Vermarktlichung des Sozialstaats“ (vgl. Nullmeier 2004) bzw. die Ökonomisierung der pflegerischen Versorgung (vgl. Heintze 2015, 70) werden diesem Aufgabenfeld nicht gerecht.

Greift man auf die zuvor herausgearbeiteten zukunftsweisenden Modernisierungsstränge im Wandel des Sozialstaats zurück, so geht es bei der *Qualitätssicherung der Pflegeleistungen* zunächst und vor allem um das

personelle Element der Modernisierung des „Pflegens“. Hierauf bezogen, erweist sich die Qualitätssicherung der Pflege als eigenständiges Strukturproblem.

2.4 Qualitätssicherung der Pflege als personelles Strukturproblem

2.4.1 Fachkräftemangel

Ausgangspunkt einschlägiger Überlegungen ist der Umstand, dass sich der hiesige Pflegemarkt *im Umbruch* befindet. Seine Veränderungen zeigen sich im Zusammenhang mit dem Wachstum erwerbsmäßig organisierter Pflege – die dem Wohlfahrtsmix öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Leistungsanbieter Raum gibt –, spiegelbildlich aber als ein Wandel der Trägerstrukturen, der in der Tiefe sowie in der sektorübergreifenden Vernetzung pflegerischer Dienstleistungsangebote, im Ausbau alternativer Wohnformen sowie in der wachsenden Bedeutung auch internationaler Pflegeketten auftritt. Dieser Trend wird sich in Zukunft noch verstärken.

Personell verbindet sich einerseits diese Entwicklung damit, dass sie in einen *Fachkräftemangel* in der Pflege einmündet. Schon heute ist eine der Folgen dessen, dass im Allgemeinen die Arbeitsbedingungen der Pflege und Betreuung älterer Menschen für das Rekrutieren und Halten von Personal unzutraglich sind. Der Pflegereport 2013 der Bertelsmann Stiftung prognostiziert überdies, dass im Jahr 2030 – ohne politisches Gegensteuern – bis zu 500.000 Vollzeitkräfte in der Pflege fehlen würden (vgl. Bertelsmann Stiftung 2013). Darüber hinaus stehe, so führt der Bericht aus, die Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte in der Altenpflege zu ständiger Erneuerung an – was bis heute nicht geschehen ist. Stattdessen bedient man sich ausländischer Hilfskräfte, um den Personalmangel abzudecken.

2.4.2 Professionalisierung der Pflegekräfte

Doch führt nicht nur der Arbeitskräftemangel als solcher zu qualitativen Einbußen der Pflege. Diese sind zum anderen nur zu vermeiden, wenn der Anteil von Fachkräften als ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für

die Pflegequalität akzeptiert wird und die *Fachkräftequote* bei insgesamt ausreichender Personalausstattung mindestens 50 % des Personals beträgt, wie dies auch die vom Bund erlassene Heimpersonalverordnung von 1993 für die Bundesrepublik Deutschland insgesamt anordnet. Von dieser Quote dürfen allerdings die Bundesländer abweichen; das ist z. B. zu Beginn des Jahres 2016 in Baden-Württemberg geschehen (vgl. Groß/Stegmüller 2016, 27 f.). Nach der zuletzt genannten Landespersonalverordnung darf im Regelfall die Fachkraftquote aber nicht unter 40 % sinken – wovon es wiederum Ausnahmen geben darf. Bei alledem bleibt allerdings völlig unklar, auf welcher Basis die Personalrichtwerte in den einzelnen Bundesländern bislang errechnet wurden (vgl. ebd., 27). Vermuten lässt sich, dass solche Richtwerte als Ergebnis eines Verhandlungsprozesses unter Berücksichtigung der gegebenen Restriktionen und ohne stringenten Bezug zur Bedarfsgerechtigkeit der resultierenden Personalausstattung zustande kommen (vgl. Wingensfeld 2010).

Steht schon die empirische Basis der weithin geforderten und nunmehr durch den Referentenentwurf eines Pflegeberufsgesetzes in Gang gesetzten Prozesse der Vollakademisierung des Pflegeberufs in Deutschland in Zweifel, so bleibt in einer Hinwendung zur Professionalisierung der Pflegekräfte der Entwurf auf halber Strecke stehen. Die zentrale Frage des Entwurfs besteht nämlich darin, in welchem Maß die Betreuung des pflegebedürftigen Menschen akademische Aus- bzw. Weiterbildung überhaupt erfordert oder nicht viel mehr eine berufspraktische Angelegenheit ist. Zugleich schließen die Professionalisierung des Pflegeberufs durch seine Vollakademisierung einerseits und der Fachkräftemangel andererseits einander „mangels Masse“ aus; anderes ließe sich im Übrigen nur erwarten, wenn man mit dem künftigen Pflegeberufegesetz eine „berufliche Versäulung“ anstreben wollte – nach dem Motto: „Die Arbeit verrichten die anderen“.

2.4.3 System der Pflegegrade und Personalbemessung

Fachkräftemangel und verfehlte Professionalisierung sind aber nicht die einzigen auf die Personalausstattung bezogenen Strukturprobleme der Qualitätssicherung von Pflege in der Zukunft. Hinzu tritt die Grundproblematik, dass sich das weiterhin praktizierte und mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff verbundene System der Pflegestufen bzw. -grade aus „methodischen und inhaltlichen Gründen nicht für die Zwecke

der Personalbemessung eignet“ (Wingefeld 2010, 17). Der mit dem 2. Pflegestärkungsgesetz nunmehr revidierte Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie die bereits im 1. Pflegestärkungsgesetz enthaltenen geringen Leistungsverbesserungen vermögen es deshalb in qualitativer Hinsicht nicht, „Pflege“ tatsächlich an den zukünftigen Bedürfnissen der Altersgesellschaft auszurichten. Die vor allem an der Sorge für demente Pflegebedürftige orientierte neue Gesetzgebung erweist sich wiederum als zu eng gefasst. Die mit ihr überdies unstreitig erreichte Besserstellung Pflegebedürftiger in ihrer rechtlichen Position sowie die Ausweitung der bisherigen Pflegestufen auf *fünf Pflegegrade* dekurvieren sich jedoch unter qualitativen Gesichtspunkten mehr oder weniger als Akte einer symbolischen Politik. Denn wiederum fehlt es durchweg an einer evidenzbasierten Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zur Umsetzung der mit diesen Regelungen intendierten Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung. Dieser Mangel hat schon heute zur De-Qualifizierung und De-Professionalisierung in der Pflege geführt. Der Personalnotstand zerstört alle Modernisierungsträume.

Auch der Gesetzgeber scheint dies zu befürchten. Er hat deshalb mit § 113c SGB XI erstmals die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen normiert. Zeitziel ist der 30. Juni 2020; bis dahin soll die Entwicklung und Erprobung eines strukturierten, empirisch abgesicherten und validen Verfahrens für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des durchschnittlichen Versorgungsaufwands eingerichtet sein (§ 113c Abs. 1 S. SGB XI). Abgesehen davon, dass derartige normativ formulierte Zielvorstellungen und Absichtserklärungen nicht in ein Gesetz gehören, ist dem Gesetzgeber zuzugestehen, dass ein Personalbemessungssystem auf einem fachlichen Verständnis aufbauen muss und empirisch festgestellter Grundlegung bedarf. Und in der Tat wird bereits aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff des 2. Pflegestärkungsgesetzes ein deutlich umfassenderer Leistungsbedarf in der Personalausstattung abzubilden sein (vgl. Greß/Stegmüller 2016, 28). Doch führen weder die vom Gesetzgeber aufgegebenen Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu einer verbesserten Personalausstattung noch stellen sich positive Effekte auf die Pflegequalität von selbst ein. Es bedarf der entsprechenden Entscheidungen, die

der Gesetzgeber sorgfältig vermeidet. Das Verdikt der „symbolischen Politik“ erweist sich als berechtigt.

2.4.4 Eingrenzung informeller Pflege

In Verbindung mit diesen vorausgegangenen Feststellungen steht schließlich die für eine effektive Qualitätssicherung unvermeidliche *Eingrenzung informeller Pflege*. Die umfassende Sicherung qualitativer Pflege in unserer Gesellschaft verlangt danach, die überkommene Konzeption der Pflege als „familienorientiert“ zu verabschieden (vgl. Heintze 2015) und in eine Neukonzeption der Pflege als professionalisiertes Gemeinwohlanliegen nach Maßgabe künftiger Gemeinwohlorizonte zu überführen sowie als Gemeinschaftsaufgabe der Gesellschaft rechtlich auszugestalten.

2.5 Revisionsbedarfe sozialer Infrastruktur der Pflege

2.5.1 „Gute“ Pflege als Problem sozialer Infrastruktur

Wer tatsächlich an grundlegenden Verbesserungen der Pflegesituation interessiert ist, kommt des Weiteren nicht umhin, die soziale Dienstleistung der Pflege selbst als Gegenstand der sozialstaatlichen Transformation ins Auge zu fassen. Die Frage ist, wie in der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit das Beziehungsgefüge zwischen Dienstleistern und Klienten strukturell gestaltet sein muss, um zukünftig „gute“ Pflege zu gewährleisten. Insoweit tritt die grundlegende Bedeutung der *sozialen Infrastruktur von Pflege* unter besonderer Betonung ihres personellen Faktors in den Vordergrund der Betrachtung. Sie umfasst die Summe aller institutionellen und personellen Einrichtungen und Gegebenheiten, die von öffentlichen und privaten Trägern der Pflege vorbehalten sind, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen zu können. Die konzeptionelle Mitverantwortung pflegerischer Arbeit für die Gestaltung der Pflege bleibt von daher näher zu analysieren und in konkrete Empfehlungen umzuformen.

2.5.2 Aufgabenanalyse pflegerischer Arbeit

In den Mittelpunkt des Interesses rückt damit und zunächst die *Aufgabenanalyse* der pflegerischen Arbeit. Sie ist der Ausgangspunkt zur Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen für ein zukünftig bedarfsgerechtes und bestandssicheres Pflegesystem. Denn „Pflege bewegt sich in zu identifizierenden Dimensionen, die miteinander vernetzt sind: Gesundheit und Krankheit, die Lebensspanne von Geburt bis zum Tod, der Grad von Unabhängigkeit und Abhängigkeit, der Abstand zu den Lebensgewohnheiten und der Lebenssituation, die soziale Integration oder Isolierung sowie die Komplexität der zu bewältigenden Probleme. Pflegerisches Handeln ist im Kern eine Interaktion zwischen einem Pflegenden und einem, der Pflege benötigt, ist helfend und unterstützend in der Erhaltung und Wiedergewinnung von Selbstpflegekompetenz sowie bei der Begleitung im Sterben“ (Robert Bosch Stiftung 1996, 10 f.). Dieses pflegerische Handeln gestaltet sich als Grund- und Behandlungspflege. Ihr Verlauf ist als Arbeit zu organisieren. Dabei gilt es zu erkennen, dass es sich um eine personenbezogene Dienstleistungsarbeit handelt: „In der personenbezogenen Dienstleistung nimmt die Interaktion zwischen Dienstleistern und Klienten einen direkten, bisweilen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Arbeit. Interaktion ist ein wechselseitiger Prozess und in hohem Maße situativ geprägt. Die Klienten müssen hierbei als mehr oder weniger eigenständig handelnde Subjekte verstanden werden bzw. dürfen umgekehrt keinesfalls als Objekte der Dienstleistungsarbeit missverstanden werden – eine Gefahr, wie sie bei bloßer Übertragung von etablierten Konzepten der Arbeitsforschung auf die personenbezogene Dienstleistung besteht“ (Böhle u. a. 2006, 29).

Diese Interaktionsarbeit bezieht sich auf die pflegerische Zuwendung, die zwischen dem Pflegenden und der Pflegekraft erbracht wird. Sie lässt sich mit drei Komponenten umschreiben: der Emotionsarbeit, der Gefühlsarbeit und dem subjektivierenden Arbeitshandeln (zum Folgenden vgl. ebd., 30–34). Die *Emotionsarbeit* bezieht sich auf die Pflegekraft. Diese hat gelernt, im Rahmen der pflegerischen Arbeit mit ihren eigenen Emotionen umzugehen. Die *Gefühlsarbeit* bezieht sich ebenfalls auf die Arbeit mit den Pflegebedürftigen. Die professionelle Pflegekraft arbeitet hierbei mit den Gefühlen des Pflegebedürftigen. Das *subjektivierende Arbeitshandeln* bezieht sich auf den Umstand, dass jeder Pflegebedürftige anders ist und diese individuelle Situation immer zu beachten ist.

Damit diese komplexe Interaktionsarbeit gelingen kann, sind u. a. die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen. Dazu zählt z. B. die ausreichende finanzielle Ausstattung der Pflegeheime. Daneben sind auch die entsprechenden Arbeitsbedingungen durch die Organisation der Interaktionsarbeit zu etablieren. Auch individuelle Faktoren wie die Kompetenz der Pflegenden zählen zu den Rahmenbedingungen für die Interaktionsarbeit. Die Ausführungen zur Interaktionsarbeit der pflegerischen Arbeit lassen erkennen, dass diese Arbeit offenbar besondere Anforderungen an die Qualität der Arbeitsbedingungen stellt, die gegenwärtig nicht im notwendigen Ausmaß beachtet werden (vgl. Bogai/Thiele 2015, 44f; DAK-Gesundheit 2015; Pitschas 2015c, 357).

Die Aufgabenanalyse lenkt den Blick ferner auf die reflexiv-erfahrungs-basierte *Vertrauensarbeit*. Das Konzept des reflexiv-erfahrungs-basierten Vertrauens (zum Folgenden vgl. Böhle u. a. 2014, 43–55) bezieht sich auf sechs unterschiedliche Komponenten: kognitive Grundlagen, strukturelle Grundlagen, die Darstellung, die soziale Bindung, die Kommunikation sowie die Herstellung (vgl. Abbildung 1)

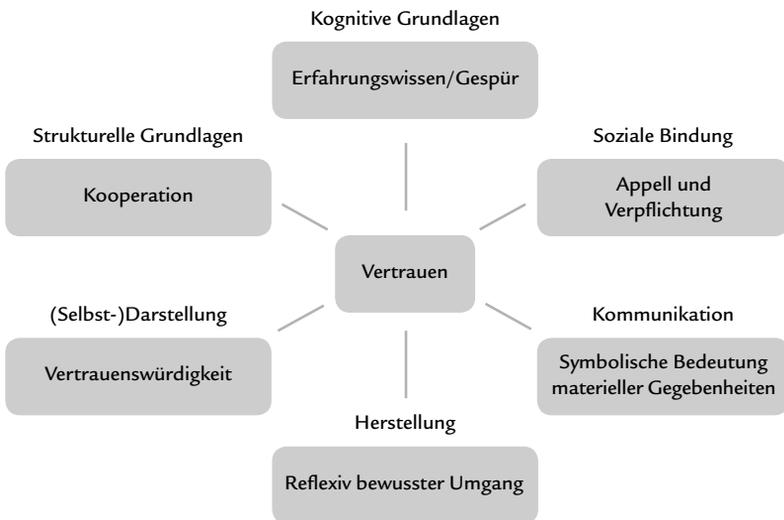


Abbildung 1: Merkmale von Vertrauen (Quelle: Böhle u. a. 2014, 55)

Bei den kognitiven Grundlagen geht es um Erfahrungswissen und Gespür: „Diese kognitiven Grundlagen des Vertrauens beinhalten, dass – im Unterschied zu formellen Regelungen – nicht explizit und exakt definiert ist, worauf sich Vertrauen konkret bezieht. Die grundsätzliche

Offenheit und Diffusität von Vertrauen erscheint in der Perspektive formeller Regulierung und expliziten Wissens als Schwäche. Doch ergibt sich hieraus zugleich die Möglichkeit, soziale Regulierungen auf Sachverhalte zu beziehen, die sich nicht explizit definieren und erfassen lassen – sei es aufgrund ihrer besonderen Eigenschaften oder weil sie sich erst zukünftig ereignen und daher in ihren konkreten Ausprägungen und Möglichkeiten aktuell (noch) nicht bekannt sind“ (ebd., 48). Deshalb ist kooperatives Verhalten unerlässlich, ebenso das Wissen um die Notwendigkeit der Kooperation.

Zur Entwicklung von Vertrauen und Zutrauen kommt des Weiteren die soziale Bindung als implizite Verpflichtung hinzu. Damit werden im Zusammenhang mit der Entwicklung von Vertrauen auch bestimmte Erwartungen zum Ausdruck gebracht. Wird diesen Erwartungen in einer konkreten Situation entsprochen, so ist „man“ vertrauenswürdig. Den Worten folgen Taten. Dadurch erzeugtes Vertrauen wird in Folgehandlungen bestätigt, die zum reflexiv bewussten Umgang mit Vertrauen führen: „Ein reflexives Vertrauen (zeichnet) sich dadurch aus, dass zum einen die besondere Struktur und Logik des Vertrauens erkannt und anerkannt wird, und zum anderen auf dieser Grundlage nach Wegen gesucht wird, die Entwicklung von Vertrauen bewusst zu beeinflussen und zu gestalten“ (ebd., 54).

2.5.3 Kooperationsarbeit als „Pflege im öffentlichen Raum“

Während die bisherigen Konzepte der pflegerischen Arbeit eher den Blick nach innen, auf die pflegerische Arbeit, richteten, steht bei der *Kooperationsarbeit* eindeutig die Verbindung zu öffentlichen Beziehungsnetzen (vgl. Nagel u. a. 2007, 39–43) im Vordergrund. Als Kernaufgabe wird *Pflege im öffentlichen Raum* konzipiert. Dies bedeutet, dass im Rahmen des öffentlichen Beziehungsnetzes der Pflege sowohl alle intra- als auch interorganisationalen Beziehungen zu betrachten sind. Bei den intraorganisationalen Beziehungen geht es eher um die Beziehungen z. B. der Pflegekräfte zu ihren Kollegen und Vorgesetzten. Die Politik, die Öffentlichkeit oder andere Verwaltungsinstitutionen stehen bei den interorganisationalen Beziehungen im Vordergrund.

2.5.4 Mitverantwortung pflegerischer Arbeit für die Gestaltung der Pflegestruktur

Der Blick auf die in diesen Arbeitsformen gespeicherten Besonderheiten der pflegerischen Arbeit und ihre Konstrastierung zu den derzeitigen Perzeptionen der Aufgabenwahrnehmung in der Pflege sowie den gesetzlichen Regelungen hierfür lässt deutlich die Lücke zu den Betreuungsansprüchen der Pflegebedürftigen bzw. Defiziten der sozialen Infrastruktur erkennen. Diese Differenz ist – auch vor dem Hintergrund rechtlicher Notwendigkeiten – so schnell wie möglich zu schließen. Doch wird dies nur gelingen, wenn die Kernaufgabe der Pflege in veränderter Form, d. h. in einer geeigneten neuen, auf dem Selbstmanagement von Patienten bzw. Pflegebefohlenen gründenden sozialen Organisationsform wahrgenommen wird (vgl. Kaplanek 2015, 366). Damit stellt sich die Herausforderung, die skizzierten Komponenten der pflegerischen Arbeit als (theoretisches) Pflegewissen in einem *praxisleitenden Pflegekonzept zu bündeln* und dadurch einrichtungsbezogen den Pflegenden einen verlässlichen Handlungsrahmen vorzugeben. Auf diese Weise erfüllt sich dann die Mitverantwortung pflegerischer Arbeit für erfolgreiche Pflege in sozialen Netzwerken.

2.6 Institutionelle Reorganisation der Pflegeverantwortung: Pflegerische Versorgung als Gemeinschaftsaufgabe von Bund, Ländern und Kommunen

Die Modernisierung der Pflege verweist damit auf eine bislang verborgene Tiefendimension: Die allokativer Restrukturierung der pflegerischen Versorgung bezieht sich in versorgungsökonomischer Perspektive nicht nur auf die gegenwärtige gesetzliche Zuweisung der Pflegeaufgaben an Staat und Markt in einer Art „*Public Private Partnership*“, sondern sie verlangt – in der jeweiligen Bezogenheit auf das konkrete Pflegeverhältnis – auch die Wahrnehmung sozialer Mitverantwortung durch die Pflegekräfte darauf einzuregulieren, d. h. in der Organisation pflegerischer Arbeit und in der Verfahrensverantwortung des Pflegemanagements zukünftig rechtlich wie faktisch abzubilden. In der Debatte um die Pflege in Zeiten sozialstaatlicher Transformation mit der konzeptionellen Entwicklung der sozialen Pflegeinfrastruktur könnte allerdings dadurch die Einheitlichkeit der Pflege im sozialen Bundesstaat gefährdet

werden. Einer solchen Entwicklung vorzubeugen hieße, unter Bündelung der maßgeblichen Kräfte auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene die „Neue Pflege“ als eine kompetenzielle Gemeinschaftsaufgabe in Gemeinwohlsteuerung zu verstehen. Namentlich der *kommunalen Verantwortung* käme dann bei insgesamt veränderter Kompetenzzuordnung für bestehende Strukturelemente einer sozialräumlichen Planung einschließlich der Mobilisierung bürgerschaftlichen Engagements ein erhöhter Stellenwert zu (vgl. Burgi 2013, 83; 89).

3 Rekonstruktion des Pflegeversicherungsrechts auf der verfassungsrechtlichen Ebene als zukünftige Gemeinschaftsaufgabe nach Art. 91a GG n. F.

3.1 Kompetenzielle Grundlagen

Die weitere Entwicklung der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus und in der Pflege („Pflegesicherung“) erweist sich insgesamt als eine komplexe Aufgabe in rechtlicher Gemengelage. Was dabei die gesetzlichen Regelungsstrukturen anbelangt, so lassen sich unterschiedliche Ebenen der normativen Architektur des Pflegewesens unterscheiden. Verfassungsseitig beruht sie auf einem kompetenziellen Dualismus von sozialer Pflege- und Krankenversicherung (vgl. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG („Sozialversicherung“) i. V. m. Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG („Hilfe zur Pflege“ gemäß §§ 61 ff. SGB XII) und Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG). Materiellverfassungsrechtlich ersprießen beide dagegen demselben grundrechtlichen Fundament: Das Grundrecht auf Gesundheitsschutz und Pflege – ein Element körperlicher Unversehrtheit – aus Art. 2 Abs. 1, 2 Abs. 2 GG (vgl. näher noch zum integrativen „Grundrecht auf Gesundheitsschutz Pitschas 2015b) dirigiert in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG und dem Sozialstaatsprinzip (vgl. BVerfG 103, 197 (221); Igl 2015, 126) die Verpflichtung des Gesetzgebers zur Sicherung auch des Pflegewesens.

Diese Verfassungsrechtslage setzt eine staatliche Schutzpflicht gegenüber Kranken, Behinderten und pflegebedürftigen Menschen frei (vgl. BVerfG 103; 197; 221–224; Pitschas 2001, 827; 864; ders. 2015b, 89). Ihr Ausmaß orientiert sich u. a. an der überlagernden UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), was die pflegerischen Bedürfnisse behinderter Menschen anbelangt (vgl. Pitschas 2014, 461; Wacker 2015, 31). Die von ihr

in den Unterzeichnerstaaten aufgegebene konzeptionelle Entwicklung einer neuen Behindertenpolitik betrifft z. B. gemäß Art. 19 BRK auch die pflegerische Versorgung. Hinzu gesellt sich die Europäische Menschenrechtscharta (vgl. Hölscheidt 2014, Art. 26 Rn.1,15).

Wie sich vor diesem rechtlichen Hintergrund die weitere Entwicklung der pflegerischen Versorgung in der Realität gestalten wird, hängt nicht zuletzt davon ab, ob der Bundesgesetzgeber im Rahmen der rechtlichen Regulierung des Pflegesektors den skizzierten Dualismus der Pflege auch in Zukunft aufrecht erhält oder aber die Krankenversorgung mit der sozialen Pflegeversicherung legislatorisch befugterweise zusammenführt. In diesem Fall wäre indessen ein prinzipieller Verfassungskonflikt zu erwarten. Denn das Recht der sozialen Pflegeversicherung ist nur in seinem sozialrechtlichen Anteil – also von den Regelungen zur privaten Pflegeversicherung (§§ 110, 111 SGB XI) abgesehen – kompetenziell legitimiert. Die Bundeskompetenz zur sozialen Gestaltung bezieht sich allein auf die öffentliche Sozialversicherung gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG; nur dieser Titel ermächtigt den Bund dazu, die soziale Pflegeversicherung einzuführen und rechtlich auszugestalten. Das Nähere zur Planung, zu Betrieb und Förderung der Pflegeeinrichtungen ist dem Landesgesetzgeber überlassen (vgl. ebenso Igl/Welti 2014, Rn. 413 f.; ferner Behrend 2015). Erhebliche Hindernisse kompetenzieller Natur bestehen insofern aufgrund der Verteilung der Gesetzgebungszuständigkeit zwischen Bund und Ländern, die auch nicht durch Berufung auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG überwindbar wären. Dem könnte freilich die Einrichtung der hier favorisierten Gemeinschaftsaufgabe zur Finanzierung und Entwicklung der Pflegesicherung als regionale Daseinsvorsorge im Rahmen des Art. 91 a Abs. 1 GG abhelfen.⁴

Angesichts der gegenwärtigen grundgesetzlichen Verteilung der Bundesländer-Zuständigkeiten in der Gesetzgebung vermag dagegen der Bund unter Berufung auf die Gesetzgebungskompetenz zur „Sozialversicherung“ (Art. 74 I Nr. 12 GG) weitgehend allein das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung auszuformen. Dabei darf er den stationären Sektor mehr als nur am Rand einbeziehen. Im Übrigen aber sind dem Bund durch Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG deutliche Grenzen gezogen: Nur die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der

4 Zu dieser Form des Zusammenwirkens von Bund und Ländern am Beispiel des Art. 91b GG vgl. Wolff 2015.

Krankenhauspflegesätze“ hat ihm der Verfassungsgeber zugestanden.⁵ Immerhin deckt aber diese Befugnis zur konkurrierenden Gesetzgebung auf Bundesebene, wie neben dem zu Beginn des Jahres 2016 in Kraft getretenen „Krankenhausstrukturgesetz“ auch das „Versorgungsstärkungsgesetz“ verdeutlicht, Regelungen zum sog. Entlassmanagement im Krankenhaus und damit für den Übergang von Versorgungsinseln zu Behandlungsketten (vgl. § 39 Abs. 1a SGB V; Halbe u. a. 2015, 19; 356). Hinzu tritt in Zukunft unter Einbeziehung nachgehender pflegerischer Versorgung auch die Frage der Qualitätssicherung der Krankenhausversorgung, die einen Kompetenzkonflikt zwischen Bund und Ländern andeutet.

Anders als im Krankenhausrecht liegen die Dinge bei der sozialen Pflegeversicherung. Nur in Teilen gestaltet hier der Gesetzgeber Kraft seiner Befugnis zur konkurrierenden Gesetzgebung für die „Sozialversicherung“ das Recht der Pflegeeinrichtungen und deren Vergütung durch das Sozialleistungsrecht im SGB XI. Es gilt weithin Landesrecht in Gestalt der Landespflegegesetze. Diese prägen die Bedarfsplanung sowie die Investitionsförderung von Pflegeeinrichtungen. Bundesrechtliche Maßgaben existieren nicht. Im bereits erwähnten Übergang der bundesrechtlich gesteuerten Krankenversorgung zu „Behandlungsketten“ mit Anschlüssen der pflegerischen Versorgung („Pflege kritisch Kranker“) könnten somit Gesetzgebungskonflikte aufbrechen – ähnlich, wie dies in der Krankenhausversorgung der Fall ist, wo derzeit der Bundesgesetzgeber seine Vorstellungen von „Strukturqualität“ unter Berufung auf seine Kompetenz zur Regelung der „Sozialversicherung“ durchzusetzen versucht. Die Landespflegegesetze haben im Übrigen als Rechtsquelle für Pflegeeinrichtungen nach der Föderalismusreform das davor bestehende Heimgesetz des Bundes (vgl. Art. 74 I Nr. 7, Art. 125a I GG) abgelöst. Sie enthalten ordnungsrechtliche Vorschriften zur baulichen und personellen Ausstattung, bieten auch in jüngerer Zeit einen rechtlichen Ankerpunkt für den Aufbau von regionalen „Wohn-Pflege-Gemeinschaften“ – wie z. B. in Rheinland-Pfalz – oder auch für die Einrichtung von Pflegekammern.

Die spezifische Entwicklungsverantwortung der Bundesländer für die Infrastruktur der pflegerischen Versorgung ist die Konsequenz der

5 Zu den Grenzlínen der bundesrechtlichen Kompetenz bei der Qualitätssicherung als Ziel der Krankenhausplanung siehe Prütting 2013; Wollenschläger/Schmidl 2014.

berichteten Kompetenzlage. Denn anders als für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser mit konkurrierender Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes besteht eine solche Bundeskompetenz für die ambulante und stationäre Pflege nicht. Die Bundesländer sind daher für die Förderung/Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur gemäß Art. 30 GG selbst zuständig (vgl. deklaratorisch § 9 S. 1 SGB XI). Hieran knüpfen zwei Grundaussagen an. Zum einen stellt sich für die Länder die Aufgabe, die Rolle der Kommunen bei der Pflegesicherung zu stärken. Alterung und Pflege im „kommunalen Sozialraum“ sind vorrangig vor anderen kommunalen Aktivitäten in den Blick zu nehmen (vgl. Burgi 2013, 83). Hierzu zwingt Art. 28 Abs. 2 S. 1 GG mit seiner verfassungsrechtlichen Garantie der kommunalen Daseinsvorsorge sowie mit der Zuweisung der Verantwortung hierfür. Verstöße dagegen ließen ebenso einen Kompetenzkonflikt zwischen Land und Kommunen befürchten (vgl. ebd., 89, 93; Pitschas 1997, 355). Auch ist die Einrichtung einer Bund-Länder-AG zur Stärkung der Kommunen in der Pflege mit der Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (!) (vgl. Kraushaar 2015) unter kompetenziellen Gesichtspunkten problematisch.

Zum anderen ist für die Zukunft der regionale Pflegebedarf aus kultursensibler Perspektive im Rahmen altersbezogener Pflegesicherung aufzuklären. Denn Migrant/-innen werden im Durchschnitt 10 Jahre früher als Deutsche alt. Der Pflegebedarf, den es bei diesen im Durchschnitt mit 70 Jahren gibt, tritt bei Zuwanderern mit 60 Jahren ein. Für die (kommunalen) Träger der Pflege stellt sich deshalb die menschenrechtlich begründete Aufgabe, die vorhandene Pflegeinfrastruktur adäquat auszubauen.

3.2 Die „Kommunalagentur für Pflege“ als Organisationsform kooperativer Pflege und Aufgaben des Pflegemanagements

Wie oben ausgeführt, besteht einer der Modernisierungsstränge der Pflege in ihrer *institutionellen Neuordnung*. Diese ist auszurichten auf eine gemeinwohlbezogene regionale Versorgungsökonomie, die den Bedingungen „guter“ Pflege vor Ort entspricht und die dem Bürgerschaftlichem Engagement hinreichend Raum gibt. Dabei erfordert nicht zuletzt der demografische Wandel zur Sicherung der Pflegequalität im dargelegten Sinne integrierte und partizipative Strategien. Zu diesen Strategien „guter“ Pflege auf kommunaler Ebene zählt auch eine sozialinvestive und „produktivistische“ kommunale Sozialpolitik (vgl. Grohs/Reiter

2014, 34). „Sozialinvestive/Produktivistische Ansätze betrachten Sozialpolitik nicht primär als Kompensation, sondern als wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischen Wachstumsfaktor“ (ebd.).

Das alles erfordert erhebliche Anpassungsleistungen der kommunalen Träger der Daseinsvorsorge. Mit Hilfe der Etablierung einer *Kommunalagentur für Pflege* in den Gemeinden wird dieses gemeinwohlbezogene Ziel erreicht. Ähnlich wie bei der Bundesrepublik Deutschland – Finanzagentur GmbH – wird für die Kommunalagentur für Pflege die Rechtsform der gGmbH gewählt.

Den rechtlichen Rahmen für diese kommunale Agentur bildet eine öffentlich-private Partnerschaft (ÖPP) in Form einer gemeinnützigen GmbH. Vor allem sprechen folgende Gründe für die Wahl dieses rechtlichen Rahmens:

- die rechtliche Einbindung der bisher örtlich-agierenden Träger zur Erbringung der pflegerischen Leistungen ob ambulant oder stationär „unter einem Dach“,
- die mittelfristige Verabschiedung von der Trennung: ambulant oder stationär, und die Hinführung zu „einheitlichen Versorgungsstrukturen mit verschiedenen Angeboten“,
- die flexible Handhabung und Gestaltung der Aufgabenwahrnehmung.

Die institutionelle Ausgestaltung (vgl. Wurzel/Probst 2009, 311 f.; Ziekow/Windoffer 2008, 23) der ÖPP in Form einer gGmbH erfolgt über die sog. Institutionelle ÖPP (IÖPP). Für diese gilt:

„Häufig hält die öffentliche Hand die Mehrheit der Gesellschaftsanteile, um Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten hinsichtlich der ordnungsgemäßen Aufgabenerfüllung zu sichern: andererseits werden privatwirtschaftliche Betriebsführungs- und Unternehmensstrukturen in die Gesamtgesellschaft so integriert, dass der Betrieb nach privatwirtschaftlichen Grundsätzen geführt wird“ (Wurzel/Probst 2009, 303).

Übertragen auf die Kommunalagentur für Pflege bedeutet dies zunächst, dass die jeweilige Kommune mindestens 51 Prozent des Stammkapitals der gemeinnützigen GmbH (gGmbH) hält. Die übrigen Gesellschafter, die örtlichen Träger der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen nach SGB XI haben die restlichen Stammeinlagen zu leisten. Im Gesellschaftsvertrag wird festgehalten, welche Aufgaben diese Agentur zu erfüllen hat. Generell lässt sich hierzu sagen, dass die genannten Strukturdefizite der pflegerischen Versorgung mit Hilfe der Kommunalagentur

für Pflege zu überwinden sind. Sie hat dabei Regulierungs- und Überwachungsaufgaben. Die Regulierungsaufgaben bestehen in der Verteilung der Budgets an die Leistungserbringer/-innen. Die Leistungserbringer/-innen erhalten ihr gesamtes Budget durch die Kommunalagentur für Pflege über Pflegesatzverhandlungen. Die Kommunalagentur für Pflege erhält ihr Budget von der Pflegekasse. Die Sozialhilfeträger leiten ihr Geld an die Kommunalagentur für Pflege. Mit alledem ließe sich ein „Risikostrukturausgleich“ verbinden.

Daneben sollte die Kommunalagentur auch die Entwicklung der privaten Haushalte (ab einem bestimmten Lebensalter) und deren Versorgungsstruktur beobachten und, wenn erforderlich, Hilfe anbieten. Zum einen geht es dabei um die Legalisierung und Beachtung der rechtlichen Bestimmungen bei den sog. Haushaltsarbeiterinnen (vgl. Emunds 2016; Sachverständigengruppe Weltwirtschaft und Sozialethik 2015): „Haushaltsarbeiterinnen erledigen sehr unterschiedliche Tätigkeiten, wie etwa Putzen und Aufräumen, Waschen und Bügeln, Kochen, Betreuung von kleinen Kindern, Pflege von Kranken und älteren Menschen“ (Emunds 2016, 10). Sie sind, wie erwähnt, auch in Privathaushalten mit der Versorgung von Pflegebedürftigen beschäftigt, zumeist zu nicht angemessenen Bedingungen.

Zum anderen sollte die rechtliche Festschreibung des Instruments der Präventiven Hausbesuche (vgl. IGES Institut 2013) mit dem Quartiermanagement verbunden und als Aufgabengebiet der Kommunalagentur ausgewiesen werden. Durch diese Hausbesuche kann u. a. erreicht werden, dass rechtzeitig Maßnahmen ergriffen werden können, um die angemessene Versorgung von vor allem älteren Bürger/-innen zu gewährleisten.

Die Überwachungsaufgaben bestehen in der ständigen Kontrolle (Tag und Nacht, auch an Sonn- und Feiertagen) der Leistungserbringer/-innen und ihres Personals. Ständig ist zu überprüfen, ob interaktive Pflegearbeit vom Personal geleistet wird und die sonstigen pflegerischen Standards eingehalten werden. Verstöße sollten mit einer Ordnungswidrigkeit geahndet werden.

Die Heimaufsicht wird abgeschafft. Der Pflegebedarf wird von der Bezugspflegekraft für den Pflegebedürftigen selbst nach einem bundeseinheitlichen Assessment ermittelt (vgl. Heintze 2015, 23–26), unabhängig davon, in welcher Versorgungsform der Pflegebedürftige sich jeweils befindet. Damit wird auch der Medizinische Dienst der Krankenkasse von dieser Aufgabe entbunden. Für die Personalausstattung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wird ein bundesweiter einheitlicher Personalschlüssel zugrunde gelegt, der auch bei den jeweiligen Pflegesatzverhandlungen entscheidend ist.

In der Geschäftsführung der Kommunalagentur für Pflege gGmbH spielt das Pflegemanagement eine entscheidende Rolle. Die *Chief-Nurse* (vgl. Bundesverband Pflegemanagement 2014, 10) ist verantwortlich für die Sicherstellung der bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen und in der Kommune. Dieser Bedarf erfordert auch, wie erwähnt, eine hohe Arbeitsqualität der pflegerischen Arbeit. Um diese zu erreichen, sind die Rahmenbedingungen der pflegerischen Arbeit in den Pflegeeinrichtungen zu gestalten.

In den Pflegeeinrichtungen wäre ein *Compliance Management System* einzurichten (CMS) (vgl. Solidaris Unternehmensberatung 2013). Dieses System umfasst „[...] die Summe aller Grundsätze und Maßnahmen, welche das ordnungsgemäße Verhalten der in einem Unternehmen tätigen Organe, Organmitglieder und Mitarbeiter im Hinblick auf gesetzliche, vertragliche und unternehmenseigene Regelungen bestimmen“ (ebd., 6). Gerade mit einem solchen System ließe sich auf Dauer sicherstellen, dass die Arbeitsqualität auch der pflegerischen Arbeit auf hohem Niveau gehalten wird. Dem Pflegemanagement käme beim CMS eine Schlüsselrolle zu.

Die Finanzierung der Kommunalagentur für Pflege gGmbH und deren Personalausstattung erfolgt bundeseinheitlich durch die öffentliche Hand aus Beitragsmitteln. Die Höhe des Budgets der Kommunalagentur orientiert sich am Volumen der Leistungen. Jährlich hat die IÖPP, die Kommunalagentur für Pflege gGmbH, einen Bericht dem Gemeinderat/Stadtrat vorzulegen.

Dieses gesamte Konzept einschließlich der Finanzierung und deren Einzelheiten sind im Rahmen eines Innovationskonzepts nach § 8 Abs. 3 SGB XI zu erproben.

3.3 Gewährleistung ausreichender Finanzmittel („Strukturausgleich Pflege“)

Damit die pflegerische Arbeit gelingen kann, sind ausreichende Finanzmittel zur Verfügung zu stellen (vgl. Clemens 2015). Vorab ist dazu zu bemerken, dass der jetzige Umfang der Mittel nicht ausreichend ist. Dies belegen u. a. auch die erwähnten Arbeitsbedingungen in den Pflegeeinrichtungen sowie Studien (z. B. Greß/Stegmüller 2016; Heintze 2015), die eindrucksvoll aufzeigen, mit welchen Personalausstattungen ‚gefahren‘ wird.

Die Finanzierung der zukünftigen Gemeinschaftsaufgabe würde neben den gemäß §§ 131–139 SGB XI eingerichteten „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ treten und über einen beim Bundesministerium für Gesundheit anzusiedelnden Fonds „Strukturausgleich Pflege“ laufen. Die Pflegekasse hätte die von ihr vereinnahmten Beiträge zur Pflegeversicherung an diesen Fonds weiterzuleiten. Die Bundesländer hätten die Betriebskosten (Personal- und Sachkosten) der Kommunalagentur für Pflege zu finanzieren. Dies würde erfolgen nach dem Vorbild des vom Landtag Baden-Württemberg am 16. Dezember 2015 beschlossenen Gesetzes zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg (Landesgesundheitsgesetz – LGG). Nach § 11 Abs. 1 LGG trägt das Land die Kosten für die Geschäftsstellen der Landesgesundheitskonferenz, des Sektorübergreifenden Landesausschusses und des Landesausschusses für Gesundheitsförderung und Prävention. Die übrigen Kosten hätten Bund und Kommunen zu gleichen Teilen zu finanzieren.

Die Anschubfinanzierung des „Strukturausgleichs Pflege“ könnte zunächst über den bestehenden Pflegevorsorgefonds laufen. Über zwei Jahre hätte dieser Fonds den „Strukturausgleich“ vorzufinanzieren – bis die genannten Institutionen geschaffen worden sind. Danach wären die Mittel zur Hälfte an den Pflegevorsorgefonds wieder zu erstatten. Warum zur Hälfte? Durch die Neukonzeption der Pflegeversicherung wird es eher gelingen, den Zielen des Pflegevorsorgefonds zu entsprechen und damit zukünftig auch zu dessen Entlastung beizutragen.

Der Fonds „Strukturausgleich Pflege“ wird, ähnlich der Finanzagentur des Bundes zum Schuldenmanagement, über eine bundeseigene gGmbH verwaltet. Diese verteilt auf Antrag ihre Mittel an die Kommunalagenturen für Pflege.

Literatur

- Behrend, Nicola** (2015): § 9 Rn. 2. In: Udsching, Peter (Hg.): SGB XI. Soziale Pflegeversicherung: Kommentar. 4. Aufl. München: Beck.
- Bertelsmann Stiftung** (Hg.) (2013): Pflege 2030: Versorgungslücke in der Pflege sorgt für Handlungsdruck bei den Kommunen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bogai, Dieter; Thiele, Günter** (2015): Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege. In: Bogai, Dieter; Thiele, Günter; Wiethölter, Doris (Hg.): Die Gesundheitswirtschaft als regionaler Beschäftigungsmotor (IAB-Bibliothek 355). Bielefeld: Bertelsmann, 441–459.

- Böhle, Fritz; Bolte, Annegret; Huchler, Norbert; Neumer, Judith; Porschen-Hueck, Stephanie; Sauer, Stefan** (2014): Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit: Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik jenseits formeller Regulierung. Wiesbaden: Springer VS.
- Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen; Büssing, André** (2006): Interaktion als Arbeit – Ziele und Aufgaben des Forschungsverbundes. In: Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen (Hg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften, 25–41.
- Bundesverband Pflegemanagement** (Hg.) (2014): Pflege der Zukunft: Strategiepapier. Berlin.
- Burgi, Martin** (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos.
- BVerfG – Bundesverfassungsgericht**: Sammlung der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts. Herausgegeben von den Mitgliedern des Bundesverfassungsgerichts. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Clemens, Johannes** (2015): Soziale Pflegeversicherung: Finanzierung und Wirtschaftlichkeit der künftigen Versorgung aus finanzökonomischer Sicht. In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 33(5), 377–389.
- DAK-Gesundheit – Gesetzliche Krankenversicherung** (Hg.) (2015): Pflege-Report 2015: So pflegt Deutschland. Hamburg.
- Ehrentraut, Oliver; Hackmann, Tobias; Krämer, Lisa; Schmutz, Sabrina** (2015): Zukunft der Pflegepolitik – Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): gute gesellschaft – soziale demokratie # 2017 plus. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Elsbernd, Astrid** (2008): Konzeptentwicklung in der Pflege. In: Stolz, Konrad; Warmbrunn, Johannes; Schmolz, Ulrich; Elsbernd, Astrid (Hg.): Betreuungsrecht und Pflegemanagement: Konzepte, Beratung, Unterstützung. Stuttgart: Thieme, 52–65.
- Emunds, Bernhard** (2016): Damit es Oma gutgeht: Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden. Frankfurt/Main: Westend.
- Grohs, Stephan; Reiter, Renate** (2014): Kommunale Sozialpolitik: Handlungsoptionen bei engen Spielräumen (WISO Diskurs). Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Greif, Stefan; Stegmüller, Klaus** (2016): Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege (Pg-papers – Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit 2016, 1). Fulda: Hochschule Fulda.
- Hagen, Kornelia; Rothgang, Heinz** (2014): Erfolge und Misserfolge der Pflegeversicherung – ihre Weiterentwicklung bleibt notwendig. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 83(4), 5–20.
- Halbe, Bernd; Orlowski, Ulrich; Preusker, Uwe K.; Schiller, Herbert; Schütz, Joachim; Wasem, Jürgen** (2015): Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG): Was ändert sich für Ärzte, Krankenhäuser und Patienten? Heidelberg: medhochzwei.
- Heinig, Hans Michael** (2014): Grundgesetzliche Vorgaben für das Sozialrecht und ihre verfassungstheoretische Reflexion. In: Masuch, Peter; Spellbrink, Wolfgang; Becker, Ulrich; Leibfried, Stephan (Hg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats: Band 1. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht: Eigenheiten und Zukunft von Sozialpolitik und Sozialrecht. Berlin: Schmidt, 333–350.

- Heintze, Cornelia** (2015): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem: ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland (WISO Diskurs). 2. Aufl. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Hesse, Joachim Jens** (1987): Aufgaben einer Staatslehre heute. In: Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft 1, 55–87.
- Hesse, Joachim Jens; Wahl, Rainer; Wille, Eberhard** (1990): Staatswissenschaften: von der Notwendigkeit disziplinübergreifenden Denkens. In: Ellwein, Thomas; Hesse, Joachim Jens (Hg.): Staatswissenschaften: vergessene Disziplin oder neue Herausforderung? Baden-Baden: Nomos, 309–327.
- Hölscheidt, Sven** (2014): Art. 26 Rn. 1, 15. In: Meyer, Jürgen (Hg.): Charta der Grundrechte der Europäischen Union. 4. Aufl. Baden-Baden: Nomos.
- IGES Institut** (2013): Präventive Hausbesuche: Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche. Abschlussbericht. Berlin.
- Igl, Gerhard** (2015): Pflege aus rechtswissenschaftlicher Sicht: die BSG-Rechtsprechung, ihre Folgen und der Dialog mit der Wissenschaft. In: Masuch, Peter; Spellbrink, Wolfgang; Becker, Ulrich; Leibfried, Stephan (Hg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Bd. 2: Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung: richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft. Berlin: Schmidt, 119–138.
- Igl, Gerhard; Welti, Felix** (2014): Gesundheitsrecht: eine Einführung. 2. Aufl. München: Franz Vahlen.
- Kaplanek, Martina** (2015): Primär- und Langzeitversorgung durch lokale Gesundheitszentren: effizient und gut oder nur wohnortnah? In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 33(5), 363–370.
- Kraushaar, Regina** (2015): Pflegerische Versorgung: Herausforderungen der Zukunft mit vielen Facetten. In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 33(5), 351–362.
- Nagel, Erik; Kessler, Oliver; Sommerfeld, Peter** (2007): Die reflexive Verwaltung: Lernen in sozialen Netzwerken. Bern; Haupt.
- Nullmeier, Frank** (2004): Vermarktlichung des Sozialstaats. In: WSI Mitteilungen (9), 495–500.
- Pitschas, Rainer** (1997): Zur rechtlichen Verfassung der Lebenslage „Alter“. In: Gitter, Wolfgang; Schulin, Bertram; Zacher, Hans F. (Hg.): Festschrift für Otto Ernst Krasney zum 65. Geburtstag. München: Beck, 355–383.
- Pitschas, Rainer** (2001): Soziale Sicherungssysteme im „europäisierten“ Sozialstaat. In: Badura, Peter; Dreier, Horst (Hg.): Festschrift 50 Jahre Bundesverfassungsgericht. Bd. 2: Klärung und Fortbildung des Verfassungsrechts. Tübingen: Mohr Siebeck, 827–871.
- Pitschas, Rainer** (2012): Maßstäbe des Verwaltungshandelns. In: Hoffmann-Riem, Wolfgang; Schmidt-Aßmann, Eberhard; Voßkuhle, Andreas (Hg.): Grundlagen des Verwaltungsrechts. Bd. 2: Informationsordnung, Verwaltungsverfahren, Handlungsformen. 2. Aufl. München: Beck, Rn. 130–134.
- Pitschas, Rainer** (2013): Neues Verwaltungsrecht im reflexiven sozialen Rechtsstaat. In: Giese, Karim; Holzinger, Gerhart; Jabloner, Clemens (Hg.): Verwaltung im demokratischen Rechtsstaat (FS Harald Stolzlechner). Wien: Verl. Österreich, 509–529.

- Pitschas, Rainer** (2014): Gestaltung von Teilhabe nach Maßgabe des Art. 19 der UN-Behindertenrechtskonvention: aber wie? In: Newsletter Menschenrechte 23(6), 461–466.
- Pitschas, Rainer** (2015a): Der inklusive Sozialstaat. In: Kment, Martin (Hg.): Das Zusammenwirken von deutschem und europäischem Öffentlichem Recht (FS Hans D. Jarass). München: Beck, 89–101.
- Pitschas, Rainer** (2015b): Innovative Versorgungsstrukturen im Lichte der Grundrechte und verfassungsrechtlichen Kompetenznormen. In: Medizinrecht 33(3), 154–161.
- Pitschas, Rainer** (2015c): Neue Pflege in der Altersgesellschaft?: zum Nutzen der Pflegeversicherungsreform 2014/15. In: Jochum, Heike; Elicker, Michael; Lampert, Steffen; Bartone, Roberto (Hg.): Freiheit, Gleichheit, Eigentum – Öffentliche Finanzen und Abgaben (FS Rudolf Wendt). Berlin: Duncker & Humblot, 349–365.
- Pitschas, Rainer; Thiele, Günter** (2014): Reform der Pflegeversicherung und rechtliche Betreuung – Integration und Finanzierung als zentrale Aufgaben einer Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 83(4), 57–65.
- Prütting, Dorothea** (2013): Qualitätssicherung als Ziel regionaler Versorgungsplanung aus Sicht der Gesundheitsbehörde. In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 31(5), 357–363.
- Richter, Ronald** (2016): Die neue soziale Pflegeversicherung – ein leistungsrechtlicher Überblick. In: Neue Juristische Wochenschrift 69(9), 598–604.
- Robert Bosch Stiftung** (Hg.) (1996): Pflegewissenschaft: Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Gerlingen.
- Rothgang, Heinz** (2015): Pflege aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht: die Pflegeversicherung als Erfolgsmodell mit Schönheitsfehlern. In: Masuch, Peter; Spellbrink, Wolfgang; Becker, Ulrich; Leibfried, Stephan (Hg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Bd. 2: Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung: richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft. Berlin: Schmidt, 139–170.
- Sachverständigengruppe Weltwirtschaft und Sozialethik** (2015): Wen kümmert die Sorgearbeit?: gerechte Arbeitsplätze in Privathaushalten (Studien der Sachverständigengruppe Weltwirtschaft und Sozialethik 20). Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz.
- Solidaris Unternehmensberatungs-GmbH** (Hg.) (2013): Compliance in sozial-tätigen Unternehmen: Grundlagen und Hinweise für Verantwortliche. Köln.
- Wacker, Elisabeth** (2015): Tätiges Leben und Teilhabe – Eingliederung, Beteiligungschancen und Erwerbsleben für Menschen mit Beeinträchtigung. In: Becker, Ulrich; Wacker, Elisabeth; Banafsche, Minou (Hg.): Homo faber disabilis?: Teilhabe am Erwerbsleben. Baden-Baden: Nomos, 31–42.
- Weidner, Frank** (2015): „Die Altenpflege geht nicht vor die Hunde“ (Interview). In: Gesundheit und Gesellschaft 18(10), 26–29.
- Wingefeld, Klaus** (2010): Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. GKV – Spitzenverband der Pflegekassen. Berlin.
- Wolff, Johanna** (2015): Der neue Artikel 91 b GG – Erweiterte Kooperation im Wissenschafts-Föderalismus. In: Die Öffentliche Verwaltung (18), 771–780.

- Wollenschläger, Ferdinand; Schmidl, Annika** (2014): Qualitätssicherung als Ziel der Krankenhausplanung: Regelungskompetenzen der Länder und verfassungsrechtliche Grenzen für Maßnahmen der Qualitätssicherung. In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 32(2), 117–167.
- Wurzel, Gabriele; Probst, Peter** (2009): Öffentlich-private Partnerschaften. In: Ossola-Haring, Claudia; Arendt, Markus (Hg.): Die GmbH mit kommunaler Beteiligung und die gemeinnützige GmbH: Handbuch für Geschäftsführer und Gesellschafter. 3. Aufl. Stuttgart: Boorberg, 301–326.
- Zacher, Hans F.** (2004): Das soziale Staatsziel. In: Isensee, Josef; Kirchhof, Paul (Hg.): Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland. Band 2: Verfassungsstaat. 3. Aufl. Heidelberg: Müller.
- Ziekow, Jan** (2011) (Hg.): Wandel der Staatlichkeit und wieder zurück?: die Einbeziehung Privater in die Erfüllung öffentlicher Aufgaben (Public Private Partnership) in/nach der Weltwirtschaftskrise (Verwaltungsressourcen und Verwaltungsstrukturen 18). Baden-Baden: Nomos.
- Ziekow, Jan; Windoffer, Alexander** (2008): Public Private Partnership: Struktur und Erfolgsbedingungen von Kooperationsarenen. Baden-Baden: Nomos.

Über die Autoren

Rainer Pitschas, Prof. Dr. Dr. h. c. mult., Professor em. für Verwaltungswissenschaft, Entwicklungspolitik und Öffentliches Recht an der Deutschen Universität für Verwaltungswissenschaften Speyer, stellvertretender Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses im Gesundheitswesen. E-Mail: rpitschas@uni-speyer.de.

Günter Thiele, Prof. Dr., Professor für Betriebswirtschaft und Gesundheitsmanagement an der Alice Salomon Hochschule Berlin. E-Mail: thiele@ash-berlin.eu.