

**Schleswig-Holsteinischer Landtag Enquetekommission „Norddeutsche Kooperation“ Drucksache 17/181: Schriftliche Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V. zur 6. Sitzung der Kommission am 04.10.2010
Themenfeld „Gesundheitswirtschaft/Gesundheitsversorgung**

Es ist zu begrüßen, dass der Landtag sich im Rahmen der Enquete-Arbeit gesondert mit dem Schwerpunkt Gesundheitswirtschaft/Gesundheitsversorgung befasst. Gerne legen wir dies bzgl. unsere Vorstellungen zur künftigen Entwicklung der Pflege innerhalb der Gesundheitsversorgung dar.

Der Bedarf der Gesellschaft an professionelle Pflegeleistungen wird sich aufgrund der demografischen Entwicklung stark erhöhen. Gleichzeitig betrachten wir den Wandel im Krankheitsspektrum, hier vor allem in der Zunahme chronischer Erkrankungen als Herausforderung an die zu deren Bewältigung notwendigen pflegerischen Leistungen. Weitere Aufgaben werden vor allem dadurch an die Pflege herangetragen, als sie Folgen sozialpolitischer Phänomene sind, wie die Singularisierung von Menschen in unserer Gesellschaft, die Migrationsfolgeprobleme, Kinder- und Familienarmut und die Zunahme psychischer und physischer Erkrankungen (DBR 2009).

Die Probleme, denen sich professionelle Pflege künftig stellen muss, verlangen nach stark veränderten und ambitionierten Profilen. Pflege ist ein komplexes und anspruchsvolles Handeln, welches wenig mit einem Abarbeiten einzelner isolierter Pflegemaßnahmen zu tun hat. Stattdessen wird die Perspektive eine umfassende sein. Menschen mit Pflegebedarf brauchen eine verständige Sorge in ihrem Umfeld. Sie bleiben eingebettet in Lebenszusammenhänge, die es mit Bezug auf eine akute oder chronische Erkrankung, eine Behinderung oder in der vorbeugenden Prävention und Gesundheitsvorsorge zu beachten gilt. Professionelle Pflege bindet medizinische, sozial- und behandlungspflegerische Perspektiven zu einem Konzept pflegerischer Versorgung. Professionelles Pflegehandeln gewährleistet so eine hohe pflegerische Versorgungsqualität.

Professionelle Pflege verlangt also nach neuem Wissen und Können. Hier sind z.B. die Beurteilung von Pflegebedarfen im Hinblick auf deren Zugang zu finanziellen Ressourcen, aber auch das Profil einer Sachverständigen in Assessmentverfahren und pflegerischer Diagnosestellung zu nennen.

Pflegende nehmen über alle pflegerischen Handlungsfelder Schnittstellenfunktion wahr – so auch im Krankenhaus. Die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegenden stellen in der Gesundheitsversorgung die größte Berufsgruppe dar und sind so eine der wichtigsten Ressourcen für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems.

Im Folgenden betrachten wir einzelne Arbeitsfelder.

I. Zur Entwicklung der Pflege im Krankenhaus:

In Krankenhäusern besteht durch den ökonomischen Druck und durch den zunehmenden Fachkräftemangel ein erheblicher Bedarf für eine Prozessoptimierung. Zwei Lösungsansätze stehen in der Diskussion im Vordergrund: die Delegation pflegerischer (und berufsfremder) Tätigkeiten auf Assistenzpersonal und die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten und Aufgaben auf die Pflegeberufe (oder andere Berufe). Es ist eine betriebswirtschaftliche und organisatorische Frage, welche Form der Übertragung von Aufgaben jeweils sinnvoller ist. Aus rechtlicher Sicht gibt es bei beiden Varianten Spielräume bei der inhaltlichen Ausgestaltung.

**Aufgabenteilung
und neue
Berufsfelder in
Krankenhäusern**

Maßgebliches Kriterium für die Entscheidung für einen der beiden Ansätze muss die Qualität der Patientenversorgung im Sinne der jeweils zu erreichenden Ergebnisqualität der Gesamtversorgung sein. Wirtschaftliche Aspekte im Sinne von Einsparungen sind dabei ein Kriterium, dürfen aber nie das einzige Kriterium sein. Zu berücksichtigen sind außerdem berufs-, haftungs-, straf- und sozialleistungsrechtliche Aspekte.

Die Praxis einer erweiterten Pflege durch speziell qualifizierte Pflegefachkräfte bewährt sich in den angelsächsischen Ländern, Skandinavien, den Niederlanden und vielen anderen Ländern seit Jahren. Dort hat sich unter dem Oberbegriff Advanced Nursing Practice (ANP) eine erweiterte pflegerische Praxis durch den Einsatz von Nurse Practitioner (NP) / **Advanced Practice Nurse (APN)** etabliert. Begünstigt wurde die Entwicklung von ANP u.a. durch einen beginnenden Ärztemangel in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts.

**Spezialisierung
von Pflegenden**

Die klinische Arbeit der ANP umfasst nicht die traditionelle stations- bzw. schichtbezogene Arbeit, sondern findet überall dort statt, wo spezielle Expertise notwendig ist. So kann eine ANP-Spezialistin im Bereich HIV sowohl im Ambulatorium als auf der Station Patienten pflegen und Angehörigen die notwendige Unterstützung anbieten.

Der Ausbau diagnostischer Verfahren, neue computer-gestützte Diagnoseverfahren und Therapieformen wie minimal-invasives Operieren, maschinelle Überwachung und/oder Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen führen zu einer medizinisch-technischen Spezialisierung insbesondere in den Funktionsbereichen (z.B. in der Endoskopie) aber auch der Intensiv- und Anästhesiepflege. Hier übernehmen Pflegefachkräfte mit spezieller Expertise eigenständige Aufgaben, wie z.B. Überwachung des Beatmungsregimes. Internationale Erfahrungen weisen darauf hin, dass die gleiche Versorgungsqualität erreicht wird wie im traditionellen System, allerdings zu geringeren Kosten.

**Technisierung der
Pflege im
Krankenhaus**

In einer dänischen Studie wurden die Outcomes für Narkosen durch unerfahrene Ärzte, durch Fachärzte und durch speziell weitergebildete Fachkrankenpflegekräfte für Anästhesie verglichen (Maaloe 2004). Bei unerfahrenen Ärzten traten wesentlich häufiger

Ereignisse (incidents) auf (in 15 % der Fälle) als bei Fachärzten für Anästhesie und bei Fachkrankenpflegekräften (für beide in gut 11 % der Fälle, wobei die Fachärzte nur unwesentlich besser abschnitten).

Die Suche nach Fachpflegekräften gerade in den Arbeitsbereichen OP, Anästhesie, Intensivstation und Endoskopie steht bereits heute für den evidenten Mangel.

Neben dem Abbau von Pflegefachkräften ist eine Arbeitsverdichtung, eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer und die Verlagerung von Pflege in nachgelagerte Bereiche zu verzeichnen. Im Zuge dessen ergeben sich für Pflegefachkräfte im Sinne von ANP neue Steuerungsaufgaben zur effektiven Bettenbelegung und sektorenübergreifenden Vernetzung.

Pflegefachkräfte sind bei der Etablierung von interdisziplinären klinischen Behandlungspfaden beteiligt, erarbeiten standardisierte Behandlungspläne und steuern prozesshaft das Aufnahme- und Entlassungsgeschehen. Pflegefachkräfte mit spezifischer Expertise bieten bereits heute weitergehende Beratungs- und Versorgungsangebote in unterschiedlichen Sektoren für definierte Klientengruppen im Kontext Wundmanagement, Diabetes mellitus, Schmerz, Kontinenzförderung und Stomatherapie an.

Neben der hochgradig differenzierten Spezialisierung von Pflegefachkräften kennzeichnet ein weiterer Trend die Pflege im Krankenhaus: die zur stationären Krankenhausbehandlung aufgenommenen Patienten werden immer älter. Die ehemals dem Themenspektrum berufliche Altenpflege zugeordneten Herausforderungen der altersabhängigen Gesundheitsstörungen werden so zunehmend auch von Pflegenden in Kliniken behandelt werden. Im Vordergrund stehen dabei die psychischen Veränderungen (Depressionen) und neurologischen Erkrankungen (Formen der Demenz). Dem folgt die Ausbildung in den Pflegeberufen (s.u.).

**Steuerung der
Aufgaben in
Krankenhäusern
durch Pflegenden**

**Begegnung mit
altersabhängigen
Gesundheitsstö-
rungen**

II. Zur Entwicklung der Altenpflege:

Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird innerhalb der kommenden 10 Jahre um 500 Tausend zunehmen, während die Zahl der Erwerbstätigen bis 2020 um rund 900 Tausend abnehmen wird. Den Berechnungen des Forschungszentrums Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg zufolge wird der Bedarf an Pflegekräften von 760 Tausend im Jahr 2005 auf 2,2 Millionen im Jahr 2050 ansteigen während ein Rückgang der Erwerbstätigen von 38,7 Millionen im Jahr 2005 auf 27,4 Millionen im Jahr 2050 zu erwarten ist. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass ab dem Jahr 2030 zu erwarten ist, dass das informelle Pflegepotenzial (Kinder, Partner) zurückgehen wird, während die Zahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich steigt (Siehe Hackmann 2009).

Schon heute ist ein deutlicher Fachkräftemangel vorhanden. Dieser wird zum Teil durch Mehrarbeit der vorhandenen Fachkräfte kompensiert, was kurzfristig zu höheren Krankheitsquoten und langfristig zum kollektiven Burnout der Berufsgruppe führt (BGW Pflegereport 2007).

Der Bedarf an professionellen Pflegekräften wird in Zukunft erheblich steigen. Selbst unter der Annahme besonders günstiger Hypothesen wird langfristig der Heimsogeeffekt nicht zu verhindern sein (Borutta 2006).

Da sich die demografische Entwicklung ähnlich wie in Deutschland auch in unseren europäischen Nachbarländern vollzieht, werden Fachkräfte aus der Altenpflege von anderen europäischen Ländern abgeworben. Gemäß der Aussage einer dänischen Agentur wurden innerhalb eines Jahres 500 deutsche Altenpflegefachkräfte für einen Arbeitsplatz in Dänemark gewonnen. Diese Zahl entspricht immerhin 5% der offenen Fachkraftstellen in der Altenpflege. Zu dem ist zu konstatieren, dass neben Dänemark auch England, Schweden, die Niederlande und Österreich aktiv um Altenpflegefachkräfte aus Deutschland werben.

Hinzu kommt, dass die Patientenstruktur sich in den Kliniken verändert. Dies führt dazu, dass auch internistische, chirurgische, psychiatrische und geriatrische Kliniken sowie Rehabilitationseinrichtungen Altenpflegefachkräfte anwerben. Somit erweitert sich der Einsatzbereich von Altenpflegekräften. Allerdings verstärkt sich damit auch der Wettbewerb um diese Fachkräfte. DA Arbeitsplätze im Krankenhausbereich von Altenpflegerinnen und Altenpflegern häufig als attraktiver angesehen werden als Arbeitsplätze in stationären Altenpflegeeinrichtungen, ist es für diese Einrichtungen um so problematischer, geeignetes Fachpersonal zu gewinnen.

Fachkräftemangel

Bewegungen auf dem Arbeitsmarkt

Die Struktur der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen verändert sich dahingehend, dass der Anteil der hochbetagten, multimorbiden Menschen zunimmt. Auch der Anteil der Bewohner mit kognitiven Einschränkungen und gerontopsychiatrischen Veränderungen, insbesondere der Demenzerkrankten, nimmt kontinuierlich zu. Dies führt zum einen zu einer Arbeitsverdichtung in der Pflege, zum anderen stellt es an die Einrichtungen und insbesondere an den Pflege- und Betreuungsdienst hohe Ansprüche hinsichtlich der Konzeption von Angeboten zur Teilhabe und zur sozialen Betreuung. Steuerbegünstigte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Arbeitnehmer durch die Arbeitgeber wie zum Beispiel Supervisionen werden bisher in zu geringem Maße in Anspruch genommen.

Bewohnerstruktur

Durch das Pflegequalitätssicherung Gesetz und im Anschluss durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz sind Pflegeeinrichtungen verpflichtet, Pflegeleistungen auf hohem fachlichen Niveau und unter Berücksichtigung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse zu erbringen. Diese Vorgaben führen einerseits dazu, dass sich Fach- und Leitungskräfte mit dem aktuellen Stand des Wissens in der Pflege, insbesondere mit nationalen Expertenstandards, verstärkt auseinandersetzen. Allerdings mündet diese Auseinandersetzung häufig in der Einführung neuer Dokumentationsformulare und führt so dazu, dass der Zeiteanteil, den die Pflegekraft in direktem Kontakt mit Bewohnern verbringt zugunsten des Anteils zurückgeht, den Sie für die Pflegedokumentation verwenden. Hinzu kommt, dass ein erheblicher Teil der Empfehlungen, die im Rahmen von Qualitätsprüfungen ausgesprochen werden, sich auf die Dokumentation beziehen. Den Empfehlungen folgend wird dadurch nun noch mehr Zeit des Pflegepersonals für die Dokumentation gebunden, die aus fachlicher Sicht in vielen Bereichen unnötig umfangreich ist. Es ist zu beobachten, dass sich in der Altenpflege typische Merkmale des Bürokratismus etablieren, insbesondere

Professionalisierung / Bürokratisierung

- die schriftliche Erfassung und Dokumentation aller Vorgänge,
- die Verantwortung wird darin gesehen, Regeln einzuhalten, nicht darin, Entscheidungen zu treffen
- der Aufwand für administrative Tätigkeiten vergrößert sich während der Aufwand für den eigentlichen Organisationszweck sinkt.

Dieser Entwicklung kann aus unserer Sicht nur dadurch entgegengewirkt werden, dass die Überregulierung des Leistungsbereiches Pflege durch die gesetzlichen Sozialversicherungen konsequent rückgängig gemacht wird.¹

¹ http://www.dbfk.de/Dateien/2014/07/14/140714_01_01.pdf

III. Zur Entwicklung der pflegerischen Versorgung in der Ambulanten Pflege:

Durch die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf das DRG-System ist die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus deutlich gesunken. Zudem werden erheblich mehr medizinische Behandlungen ambulant erbracht. Allerdings zeigen sich vermehrt problematische Versorgungslücken, da insbesondere ältere Patienten im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder einen ambulanten Eingriff vorübergehend Unterstützung im Bereich der Grundpflege und Hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Da weder auf Dauer Pflegebedürftigkeit besteht noch Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege erforderlich sind, kann ambulante Pflege nicht zulasten der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Dies führt dazu, dass sich die Lebens- und Versorgungssituation der Patienten häufig in einer Weise verschlechtert, die zu erneuten Klinikaufenthalten und / oder zur Pflegebedürftigkeit führt. Eine leistungsrechtliche Anpassung durch den Gesetzgeber ist hier dringend erforderlich (Deutscher Bundestag 14. September 2010).

Folgen des DRG-Systems

Mit Inkrafttreten des Wettbewerbstärkungsgesetzes hat sich die Versorgung mit Hilfsmitteln im ambulanten Bereich erheblich verschlechtert. Dadurch, dass meist nicht mehr die Sanitätshäuser vor Ort die Versorgung mit Hilfsmitteln zulasten der Krankenversicherung übernehmen, werden Hilfsmittel häufig mit großer Zeitverzögerung geliefert. Solange die Sanitätshäuser am Ort als Vertragspartner der Kassen die Lieferung von Hilfsmitteln übernommen haben, sind diese häufig in Vorleistung getreten, wenn das Hilfsmittel dringend erforderlich war, die Bearbeitungszeit der Kassen aber mehrere Tage dauerte. Diese Möglichkeit gibt es unter der jetzt gültigen Regelung nicht mehr. Dies führt häufig zu gravierenden Verzögerungen bei der Versorgung mit Pflegebetten, Wechseldruckmatratzen und anderen Hilfsmitteln. Durch diese Verzögerungen entstehen Versorgungslücken, die zu Folgeschäden oder zur Verlängerung von Krankenhausaufenthalten führen. Hier gilt es, angesichts der zunehmenden Zahl an Versorgungsbedürftigen, Lösungen zu finden, die dem Vorrang der Prävention und dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ gerecht werden.

Hilfsmittelversorgung

Die Erfahrungen mit den Pflegeberatern der gesetzlichen Pflegeversicherungen stellen sich sehr unterschiedlich dar. In vielen Fällen wird die Beratung als sehr hilfreich empfunden und dem Pflegebedürftigen werden hilfreiche Versorgungsmöglichkeiten erschlossen. In anderen Fällen allerdings zeigt sich die Tendenz, dass die Pflegeberatung in erster Linie darauf abzielt, die Inanspruchnahme von Leistungen durch den Versicherten zu

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

reduzieren und ungeachtet der Qualitätsgesichtspunkte einen möglichst großen Teil der Versorgung an Personen aus dem privaten Umfeld des Pflegebedürftigen zu übertragen. Dies führt dann zu fachlich problematischen Versorgungssituationen, die häufig Folgeerkrankungen oder Krankenhausaufenthalte nach sich ziehen.

Grundsätzlich ist eine qualifizierte Pflegeberatung ein wesentlicher und wirksamer Bestandteil der Prävention. Allerdings ist die Pflegeberatung insbesondere dann zielführend, wenn sie von unabhängigen Fachkräften erbracht wird, die weder an die Interessen der Leistungsträger noch an die der Leistungserbringer gebunden sind.

Während die Rahmenbedingungen für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI die Rahmenbedingungen bundeseinheitlich geregelt sind, besteht bezüglich der Rahmenbedingungen für das Erbringen von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V eine große föderale Vielfalt. Sehr unterschiedlich geregelt sind insbesondere die Anforderungen an die berufliche Qualifikation der leitenden Pflegefachkraft und deren Stellvertretung sowie die Vereinbarungen darüber, welcher Mitarbeiter mit welcher Qualifikation welche Leistungen erbringen darf. Dies führt zu einer großen Vielfalt an Qualifizierungsmaßnahmen unterhalb der dreijährigen Pflegeausbildung, die für die Teilnehmer häufig nur regional von Nutzen sind. Außerdem sind Regelungen, die nach Landesrecht ausgebildete Altenpflegerinnen und Altenpfleger von Leitungsfunktionen ausschließen, weder mit einem modernen Berufsverständnis noch mit den Anforderungen des Tätigkeitsprofis und des Arbeitsmarktes vereinbar.

Verträge nach § 132a SGB V

IV. Herausforderungen an die Bildung:

In der Folge der Deklarationen von Bologna (1999) und Kopenhagen (2002) wurde der Rahmen für ein europäisches Gesamtbildungssystem gelegt. In diesem wurde die horizontale und vertikale Durchlässigkeit der beruflichen und hochschulischen Bildungsabschlüsse geregelt. Die Auswirkungen auf die berufliche Pflege sind enorm. Vor allem in Deutschland, welches traditionell ausbildungsstrukturell in der Pflege rückständig ist, braucht es zur adäquaten Qualifizierung von Pflegenden einen enormen Schub:

- Neben der beruflichen Ausbildung Pflege braucht es eine direkte hochschulische Ausbildung Pflege
- Es besteht ein erheblicher Bedarf an pflegewissenschaftlich qualifizierten Pflegenden, die komplexe Pflegesituationen auch forschend und lehrend durchdringen können
- Die Qualifikation der Lehrerinnen und Lehrer auf allen Ebenen muss zu einer pflegewissenschaftlichen und didaktischen Befähigung führen, welche an das öffentlichen Bildungswesen anschlussfähig ist
- Die relevanten Arbeitsfelder in Management und Organisation von Pflege verlangen nach einem entsprechenden Qualifikationsrahmen für die dort berufliche verorteten Führungskräfte

Der europäische Einfluss

In der logischen Konsequenz wurde im Maastricht Communiqué 2004 ein europäischer Qualifikationsrahmen beschlossen. In Deutschland gehören die Pflegeberufe zu den ersten, welche in den so genannten Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) eingearbeitet werden. Der Komplexität der höheren Stufen kann nur über entsprechend akademisch qualifizierte Pflegenden Rechnung getragen werden. Hier besteht ein entsprechender Bildungsbedarf in Deutschland (s.o.). Dem ist der von der vorherigen Bundesregierung beschlossene Zugang zu den Pflegeberufen über einen Hauptschulabschluss diametral entgegengesetzt. Hier wird einer Geringschätzung professioneller Pflege das Wort geredet.

Europäischer und deutscher Qualifikationsrahmen

Die Ausbildung in den Pflegeberufen wird eine generalistische sein. Darauf hat sich die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) bereits verständigt. Eine entsprechende AG wurde 2010 auf Initiative des Landes NRW installiert.

Ausbildung

In seiner Urteilsbegründung für die Anerkennung der Altenpflege als Ausbildungsberuf im Sinne eines Heilberufes hatte bereits 2002 (BverfG, 2 BvF 1/01) das Bundesverfassungsgericht die überwiegenden Gemeinsamkeiten mit der Krankenpflege (heute: Gesundheits- und Krankenpflege) mit Blick auf ein entsprechendes Gutachten von Görres/Landenberger hervorgehoben. Dem Gegenstand Pflege angemessen kann nur eine generalistisch

ausgerichtete Qualifizierung Grundlagen für ein umfassendes Pflegeverständnis legen. In Anpassung an das europäische Niveau führt längerfristig vor allem eine hochschulische Ausbildung zur Berufszulassung.

Lebenslanges Lernen als Prinzip ist inzwischen allgemein anerkannt. Ständige Weiterbildung ist selbstverständlicher Ausdruck eines professionellen Berufsverständnisses.

In den Pflegeberufen werden gemeinhin Anpassungs- und Aufstiegsweiterbildung unterschieden. Während erstere die schon bestehende Qualifikation aktualisiert, führt letztere zu einer höheren Qualifikation.

Zunehmend und in Einklang mit dem Europäischen Qualifikationsrahmen wird Weiterbildung auch zu einem Teil der Hochschulqualifikation. Über Master-Studiengänge, aufbauend auf eine Bachelor-Grundqualifikation, werden Anforderungen der Akut- oder Langzeitversorgung ebenso wie besondere Anforderungen an Beratung, Begleitung, Begutachtung oder des Managements vermittelt.

Weiterbildung und notwendige Spezialisierung

Akademische Qualifizierung umfasst künftig alle Bereiche von der Ausbildung zur Weiterbildung ebenso wie die funktionalen Qualifikationsfelder in Wissenschaft, Lehre und Management.

Studium

Literatur:

BGW Pflegereport 2007, „Sieht die Pflege bald alt aus?“

Borutta, Manfred, „Mit der Bürokratie gegen die Bürokratie: Die Entbürokratisierungsdebatte in der Altenpflege aus der Perspektive der neueren Systemtheorie nach Niklas Luhmann“, in PrinterNet 2006, S. 334-340

Bundesverfassungsgericht. BverfG, 2 BvF 1/01, 24.10.2002

DBR - Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.). Pflegebildung offensiv. Göttingen 2009

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.): Advanced Nursing Practice: Eine Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland; Berlin 2007

DBfK – Positionspapier zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus; Berlin 2010

Deutscher Bundestag, Drucksache 17/2924 vom 14. September 2010

Hackmann, Tobias, „Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter der Berücksichtigung der Berufsverweildauer“, Diskussionpapier Nr. 40, Freiburg, Oktober 2009

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, Bonn 2007