

Pflege-Report 2016

„Die Pflegenden im Fokus“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 3–17



1	Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix	3
	<i>Stefan Görres, Kathrin Seibert und Susanne Stiefler</i>	
1.1	Pflegebedürftigkeit und Gestaltung der Versorgung – zukünftige Herausforderungen	3
1.2	Einflussfaktoren: Demografie, sozialer und versorgungsstruktureller Wandel	4
1.3	Berufsstrukturelle Einflussfaktoren auf den Versorgungsmix.....	6
1.4	Definitionen und Determinanten des pflegerischen Versorgungsmix	7
1.4.1	Versorgungsmix als informelle und formelle Strukturelemente	7
1.4.2	Versorgungsmix als Modulierung quantitativer und qualitativer Größen	7
1.4.3	Versorgungsmix als Verhältnis von Pflegepersonen zu Pflegesettings.....	8
1.4.4	Versorgungsmix als Verhältnis von Case- und Care-Mix	9
1.4.5	Versorgungsmix als Caring Community	10
1.5	Ergebnisse nationaler und internationaler Forschung zum Versorgungsmix	10
1.5.1	Zentrale Kenngrößen und Variablen von Care-Mix	11
1.5.2	Ergebnisse zur Wirksamkeit eines Care-Mix.....	11
1.5.3	Forschungsdefizite zum Care-Mix	12
1.6	Potenziale für und Anforderungen an die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Versorgungsmixes: Erfahrungen aus Modellen in Deutschland.....	13
1.7	Ausblick: den Versorgungsmix von morgen heute denken	14

1 Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix

Stefan Görres, Kathrin Seibert und Susanne Stiefeler

Abstract

Vor dem Hintergrund gesellschafts- und berufsstruktureller Veränderungen gewinnen Fragen einer bedarfsgerechten, an die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen angepassten Gestaltung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Die Autoren skizzieren die Herausforderungen und die damit verbundenen Möglichkeiten einer Neuzuschneidung, Erweiterung und Ausdifferenzierung des pflegerischen Versorgungsmix. Dabei stehen Überlegungen zur personellen sowie institutionellen Modellierung im Mittelpunkt, um zukünftige Versorgungsstrukturen in den Blick zu nehmen, die sowohl der demografischen Entwicklung und ihren Herausforderungen als auch den limitierten Möglichkeiten in den klassischen Versorgungssettings und dem Fachkräftemangel in der Pflege Rechnung tragen. Vorrangig ist hier, die vielfältigen Grenzen innerhalb der Versorgungsstrukturen zu überwinden.

Against the background of changes within society and within the health care professions, questions concerning the structure of an adequate health care meeting the requirements of people in need of care become more important. The authors outline the challenges and associated possibilities of re-tailoring, expanding and differentiating the nursing care mix. The key focus is on personnel as well as institutional structures in order to consider the shape of future health care by taking into account the demographic trends and their challenges as well as the limited possibilities of traditional care settings and the nursing shortage. The primary aim should be to overcome multiple limitations within the care structures themselves.

1.1 Pflegebedürftigkeit und Gestaltung der Versorgung – zukünftige Herausforderungen

Eine verlängerte Lebenserwartung, die Zunahme von Hochaltrigkeit, aber auch von chronischen Krankheiten sowie die Vervielfachung der Zahl an Menschen mit dauerhafter Unterstützungs- bzw. Pflegebedürftigkeit haben dazu beigetragen, dass die Pflege bzw. die Frage ausreichender pflegerischer Versorgung zu einer gesellschaftlichen Herausforderung ersten Ranges geworden ist. Vor allem ist zu erwarten, dass zukünftig mehr hochaltrige, dementiell erkrankte, multimorbide pflegebedürftige Patienten und Patientinnen zu versorgen sind. Nicht nur diese Personengruppe ist von hoher Relevanz für künftige Bedarfskonstellationen, sondern auch andere ge-

sellschaftliche Teilpopulationen: So wird die Zahl der psychischen bzw. gerontopsychiatrischen Erkrankungen ebenso zunehmen wie die Zahl der älteren Menschen mit Behinderungen. Bisher fast völlig unbeachtet geblieben ist die rasant steigende Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Diese Herausforderungen und zunehmende soziale und regionale Disparitäten sowie eine verstärkte Zersplitterung der Versorgungsinfrastruktur führen zu der zusammenfassenden Feststellung, dass die gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen vor der dringenden Notwendigkeit stehen, einen weitreichenden Strukturwandel zu vollziehen. Denn die steigende Pflegebedürftigkeit in ihrer vielfältigen Form und die Heterogenität der Betroffenen lässt für das gesamte Gesundheitswesen zunehmend die Frage aufkommen, wie, wo und durch wen die für das Jahr 2050 prognostizierten 4,2 Mio. Pflegebedürftigen in Zukunft versorgt werden sollen (BMG 2012).

Für die Gesundheitsberufe ebenso wie für deren Ausbildung wird parallel zu den Einrichtungen ebenfalls ein Wandel in Form von Reform- und zugleich Anpassungsszenarien notwendig. Dies gilt für nahezu alle beteiligten medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Fachberufe. Die neuen Herausforderungen lassen eine Neuzuschneidung, Erweiterung und Ausdifferenzierung des Qualifikations-, Kompetenz- und Aufgabenspektrums der Berufe in einem sich ständig wandelnden Gesundheitswesen erwarten (vgl. Görres und Böckler 2004). Diesen Wandlungsprozess gilt es zu gestalten: Die Strategien liegen zwischen Generalisierung und Spezialisierung, High- und Low-Level-Qualifikation, mono- und interdisziplinärer Orientierung, institutioneller Verankerung und unternehmerischer Selbstständigkeit, hoher Eigenverantwortung und Delegation. Sie sind für die zukünftige Strukturierung, Professionalisierung und Attraktivität der Gesundheitsberufe sowie die Qualität der Versorgung hoch relevant.

Allerdings wird dies nicht reichen: Der Fachkräftemangel in nahezu allen Gesundheitsberufen erfordert weiterhin funktionierende familiäre Unterstützungsstrukturen, die bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie eine Ausweitung des zivilgesellschaftlichen Engagements, allen voran des Ehrenamts. Gefragt sind daher intelligente, d. h. stärker ressourcenunabhängige und synergieproduzierende Versorgungsmodelle, die in ihrem Erscheinungsbild wesentlich vielgestaltiger und differenzierter sind als bisher. Ein nicht unbedeutender Einfluss dürfte hier aus der rasanten Technikentwicklung (Telematik, Telemonitoring) zu erwarten sein. Die Frage nach der Zukunft der gesundheitlichen Versorgung ist daher mehr denn je mit der Frage nach einem zukünftigen Versorgungsmix und seinen relevanten Einflussfaktoren eng verknüpft.

1.2 Einflussfaktoren: Demografie, sozialer und versorgungsstruktureller Wandel

Der Einflussfaktor **Demografie** setzt eine der wesentlichen Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Gesundheitswesens und eines zukünftigen Versorgungsmix. Er geht in beeindruckender Weise mit einer überproportionalen Zunahme des Anteils alter und sehr alter Menschen und einer immensen Bedeutungssteigerung bezogen auf das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit einher. Ende des Jahres 2013 leb-

ten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2,6 Millionen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) pflegebedürftige Menschen in Deutschland. Die Gesamtanzahl der Pflegebedürftigen zeigt im Vergleich zu 2011 einen Anstieg um 5 % (Statistisches Bundesamt 2015).

Bei einer derzeit größtenteils in der eigenen Häuslichkeit stattfindenden Versorgung (etwa 70 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt) ist die informelle Pflege als (noch) tragendes System der größten Anzahl von Versorgungsarrangements durch gesellschaftliche Veränderungen wie der Zunahme der Frauenerwerbsquote, der steigenden Kinderlosigkeit, dem Anstieg des Renteneintrittsalters, der Zunahme von Single-Haushalten und großer räumlicher Trennungen von Familien sowie der allgemeinen Alterung potenziell informell Pflegenden bedroht. Ausgehend von einem abnehmenden familialen Unterstützungspotenzial gewinnt eine familienergänzende bzw. -ersetzende professionelle Pflege an Bedeutung (vgl. Görres 2013).

Der **soziale Wandel**, der sich vor allem in einer Veränderung des traditionellen Familienbildes und -modells und der Zunahme „pluralisierter Lebensstile“ zeigt, wird zu weiteren Veränderungen in den Versorgungsbedarfen und -bedarfskonstellationen führen. Gegenwärtig und in den nächsten Jahrzehnten profitieren die Generationen von dem Anstieg der Lebenserwartung. Angehörige unterschiedlicher Generationen haben viel mehr Möglichkeiten, gemeinsame Lebenszeit miteinander zu verbringen und intergenerationelle Beziehungen zu führen sowie gegenseitige finanzielle und immaterielle Hilfeleistungen durchzuführen. Allerdings sind die intergenerationellen Beziehungen angesichts oft fehlender räumlicher Wohnortnähe nicht zwangsläufig mit häufigen Kontakten zwischen Eltern und Kindern verbunden. Eine gegebene Wohnortnähe lässt zwar die Übernahme von Versorgungsleistungen wahrscheinlicher werden, denn die meisten Tätigkeiten sind an direkte Kontakte gebunden wie z.B. Hilfeleistungen im Haushalt etc. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass mit zunehmender Entfernung die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass Angehörige solche Tätigkeiten übernehmen. Angesichts der hohen Mobilität erwerbstätiger Menschen ist Letzteres häufig der Grund dafür, dass professionelle Dienstleistungen in Anspruch genommen werden.

Die Bereitschaft zur Übernahme gesundheitsbezogener Tätigkeiten und zur Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen muss allerdings differenziert betrachtet werden. Studien weisen darauf hin, dass nach kulturellen Orientierungen, sozialen Milieus und Netzwerklagen sowie nach Stadt-/Landbevölkerung unterschieden werden muss. (vgl. Rothgang et al. 2012).

Angesichts der Notwendigkeit eines **strukturellen Wandels** ist die Versorgung der Zukunft deshalb noch mehr als bisher auf eine maximale Abstimmung einer Vielfalt an gesundheitsbezogenen und gesundheitsassoziierten Dienstleistungen angewiesen. In den letzten Jahren sind zahlreiche Initiativen entstanden, die eine Vernetzung von Gesundheitsleistungen fördern und durch ihre Einbindung in integrierte Versorgungsmodelle zur Überwindung einer Fragmentarisierung des Gesundheitssystems beitragen wollen.

Vor allem werden die Nachfrage und der Bedarf an differenzierten sowie flexiblen professionellen Dienstleistungen steigen. Zukünftig werden mehr innovative Versorgungsangebote **im Bereich der sozialen Netzwerke und pflegerischen Unterstützungs- und Hilfeleistungen** notwendig sein. Diese könnten bspw. folgende

Angebote beinhalten: Nacht- und Wochenendpflege, die pflegende Angehörige entlasten und zu einem normalen Tag- und Nachtrhythmus verhelfen, frühzeitige Beratung und Information als Bringdienst über entlastende Maßnahmen, Kurzzeitpflege, teilstationäre und stationäre Dienste, Case Management oder auch spezielle Gesundheitsförderungsprogramme, die z. B. die Nutzer informieren, unterstützen, anleiten und beraten.

Angesichts der Tatsache, dass in der Bevölkerung eine hohe Bereitschaft besteht, **ehrenamtliche Pflegetätigkeiten** zu übernehmen, sollte schließlich auch die **Stärkung des Ehrenamtes** als „neue Größe“ bei der Entwicklung einer zukünftigen versorgerischen Infrastruktur angemessene Berücksichtigung finden, um Qualitätsverschlechterungen, Versorgungsdefizite und Überforderungen der Hilfeleistenden zu vermeiden. Unstrittig ist, dass die Unterstützungs- und Pflegeleistungen durch Familienangehörige, informelle Netzwerke und Ehrenamtliche die professionellen Dienstleistungen nicht vollständig ersetzen können. Vielmehr muss seitens der professionellen Berufsgruppen und der Entscheidungsträger eine gute Balance gefunden werden, in welchen Bereichen professionelle Leistungen oder Leistungen durch Familienangehörige, informelle Netzwerke oder Ehrenamtliche indiziert sind. Um den zukünftigen Bedarfen gerecht zu werden, sollten kooperative und vernetzende Formen und Leistungsangebote zwischen dem professionellen und dem nicht-professionellen Sektor entwickelt werden.

Die skizzierten Entwicklungen offenbaren einen Bedarf an **Bildung von formellen und informellen Netzwerken sowie Leistungsangeboten, die auch als „Solidaritätsmix“ bzw. „Mix an Pflegearrangements“** oder Versorgungsmix bezeichnet werden. Die Aufgabe der Gesundheits- und Pflegepolitik sowie der Verantwortungsträger in den Institutionen und Diensten besteht darin, zukünftig eine entlastende Infrastruktur zu schaffen und zu einer Neubestimmung des Aufgaben- und Tätigkeitsprofils der Gesundheitsberufe zu kommen (Klie 2002). Gefragt sind neue Formen der Kooperation und Koordination der Einrichtungen sowie der Gesundheitsberufe untereinander unter konsequenter Einbeziehung von bürgerschaftlichen bzw. zivilgesellschaftlichen Ressourcen.

1.3 Berufsstrukturelle Einflussfaktoren auf den Versorgungsmix

Demografie, sozialer und versorgungsstruktureller Wandel haben auch Auswirkungen auf **berufsstrukturelle Rahmenbedingungen**, vor allem auf das Arbeitskräfteangebot in den Gesundheitsberufen. Wenn die geburtenstarken Jahrgänge um 2015 bis 2020 aus dem Erwerbsleben aussteigen, entsteht ein Mangel an Arbeitskräften, der nicht mehr vollständig mit in Deutschland ausgebildeten Fachkräften ersetzt werden kann. Längst sind Einrichtungen und Agenturen in Ländern wie China, Vietnam sowie Süd- und Osteuropa mit der Akquisition ausländischer Kräfte beschäftigt. Das Problem in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wird sich zudem vermutlich in der Gewinnung von Auszubildenden und in der Praxis tätigen Pflegenden auswirken. Diese Entwicklung korrespondiert negativ mit den berechneten erhöhten Beschäftigungspotenzialen in der Pflege. Jüngste Studien

kommen zu Bedarfen zwischen 100 000 und 500 000 Pflegefachkräften bis zum Jahre 2030 (z. B. Rothgang et al. 2012). Aufgrund des sinkenden Arbeitskräfteangebots wird es zukünftig immer schwieriger werden, die höheren Bedarfe an qualifiziertem Personal zu decken.

Der Gesetzgeber und andere Entscheidungsträger im Gesundheitswesen müssen daher auch unter den Vorzeichen von gesellschaftlicher Verantwortung und Ethik frühzeitig über Maßnahmen der Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsberufe sowie insbesondere über Maßnahmen zur Gewinnung von Arbeitskräften in der Pflege nachdenken, um den steigenden Bedarf an professionell Pflegenden in den nächsten Jahrzehnten auch nur annähernd decken zu können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Qualifikation in den Gesundheitsberufen sowohl zur quantitativen als auch qualitativen Deckung des Bedarfs von hoher Relevanz ist.

1.4 Definitionen und Determinanten des pflegerischen Versorgungsmix

1.4.1 Versorgungsmix als informelle und formelle Strukturelemente

Sowohl die Quantität der Leistungsangebote als auch deren Qualität und Angemessenheit unter Berücksichtigung des individuellen Beitrags informeller (familiärer und ehrenamtlicher) sowie formeller (professioneller) Pflegepersonen müssen auf den Prüfstand gestellt und stetig angepasst werden. Familiäre und soziale Netzwerke sind von hoher Relevanz in der Versorgung: Informelle Pflege beinhaltet nicht nur rein pflegerische Maßnahmen, sondern auch Hilfestellungen in der Haushaltsführung und bei finanziellen Angelegenheiten. Für informelle Pflegepersonen sind neben einer guten Unterstützung mittels Beratungsangeboten auch Regelungen für Erwerbstätige zur Vereinbarkeit von Pflege eines Familienmitglieds und eigener Berufstätigkeit von Bedeutung. In Grundzügen wurde der Rahmen hierfür auf Gesetzesebene durch die Regelungen des 1. Pflegestärkungsgesetzes und des Gesetzes zur Familienpflegezeit geschaffen. Einige europäische Länder legen ein stärkeres Gewicht auf die informelle Pflege (wie zum Beispiel Polen oder Italien), während die formelle Pflege beispielsweise in den skandinavischen Ländern vordergründig die Form der pflegerischen Leistungserbringung bestimmt. In Deutschland hingegen ist Pflege sowohl informell als auch formell organisiert (Schulz und Geyer 2014).

1.4.2 Versorgungsmix als Modulierung quantitativer und qualitativer Größen

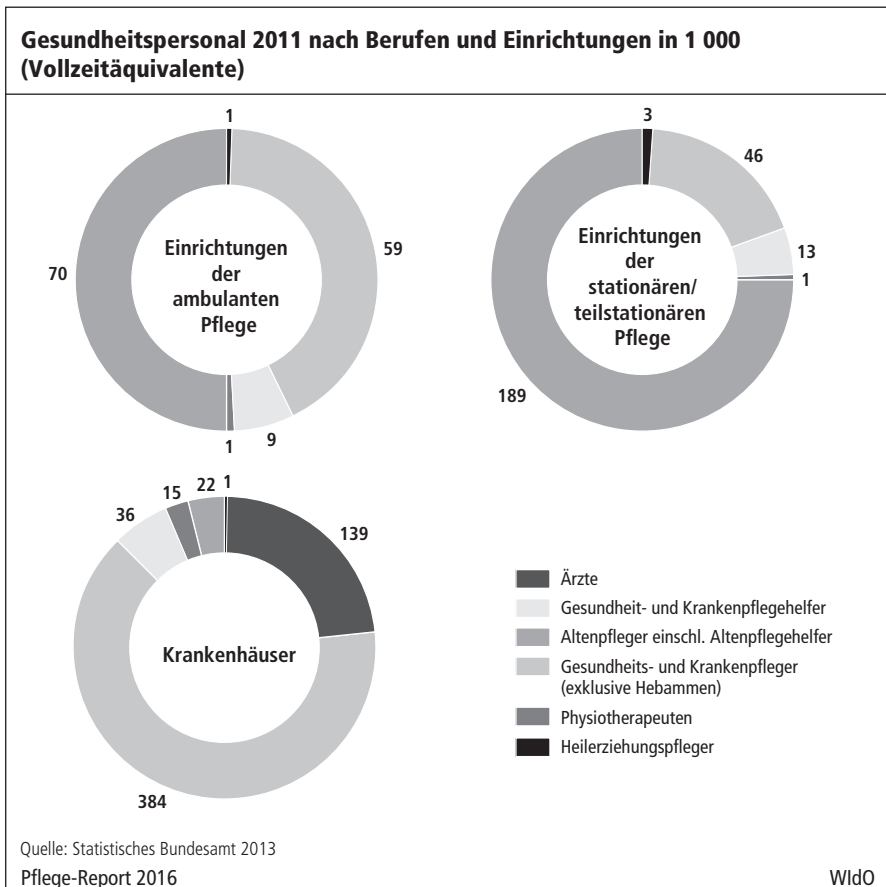
Das Verhältnis von informeller und formeller Pflege ist sowohl quantitativ als auch qualitativ ständig im Wandel. Notwendige Anpassungen des Versorgungsmix resultieren aus dem Zusammenspiel verschiedener Pflegearrangements und Gruppen Pflegenden (informell und formell), um die Herausforderungen der pflegerischen Versorgung zu meistern. In diesem Zusammenhang ist der Begriff „Versorgungsmix“ der Versuch zur Beschreibung einer infrastrukturellen Modulierung zukünftig

notwendiger Versorgungsszenarien, die sich durch hohe Flexibilität des strukturellen und personellen Versorgungssystems angesichts einer ebenso hohen Heterogenität der Versorgungsbedarfe kennzeichnen lässt.

1.4.3 Versorgungsmix als Verhältnis von Pflegepersonen zu Pflegesettings

Als Begriff ist der pflegerische Versorgungsmix bislang nicht abschließend und eindeutig definiert. Verwendung findet das Bild eines Mix bei unterschiedlichen Autoren und im Rahmen verschiedener Publikationen unter Einbezug von Versorgungssettings, beteiligten Personengruppen sowie Arten der Leistungserbringung (ZQP 2013; Hackmann 2014). Somit kann der pflegerische Versorgungsmix sowohl ausgehend von der Ebene der Einrichtungen der Leistungserbringung – aus Perspektive eines Mix von Versorgungssettings – als auch von der Ebene der an der Versorgung beteiligten Personen – aus Perspektive eines Mix ihrer Qualifikationen, Kompeten-

Abbildung 1–1



zen, Fähig- und Fertigkeiten – betrachtet werden. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist demnach nicht allein eine Frage der zur Verfügung stehenden Kapazitäten. An der gesundheitlichen Versorgung selbst sind neben den Berufsgruppen der Pflege (mit ihrem bereits weit gefächerten Spektrum an Qualifikationen, Funktionen und Aufgaben) eine Vielzahl weiterer Berufs- und Personengruppen beteiligt, darunter (Zahn-)Ärzte, Apotheker, psychologisch Psychotherapeuten sowie Physio- und Ergotherapeuten und Heilerziehungspfleger. Abbildung 1–1 zeigt einen Ausschnitt des Gesundheitspersonals 2011 nach Berufen und Settings. Derzeit finden sich in den unterschiedlichen Versorgungssettings mit Blick auf die pflegerischen Berufe vorrangig noch diejenigen, die traditionellerweise mit ihren Aufgaben- und Kompetenzspektrum dem jeweiligen Setting zugeschrieben werden. Im Jahr 2011 waren dies im ambulanten Sektor vorrangig Altenpfleger und Altenpflegehelfer (70 000) sowie Gesundheits- und Krankenpfleger (59 000). In den Krankenhäusern machten rund 384 000 Gesundheits- und Krankenpfleger (ausgenommen Hebammen) die größte Berufsgruppe aus. Zudem waren ca. 139 000 Ärzte in diesem Setting tätig. Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege wurden von der Berufsgruppe der Altenpfleger und Altenpflegehelfer dominiert (ca. 189 000 Personen) (Statistisches Bundesamt 2013). Hinzu kommt eine Anzahl angelernter Pflegekräfte (ohne Ausbildung), die zwischen 1999 und 2009 um 33 Prozent gestiegen ist. Bei Pflegefachkräften hingegen konnte lediglich ein Personalzuwachs um 20 Prozent und bei Pflegehilfskräften sogar nur um 16 Prozent verzeichnet werden (Simon 2012). Im Jahr 2012 waren in Deutschland zudem 35 000 Ergotherapeuten (DBL 2010) und im Jahr 2013 11 500 Logopäden an der Versorgung beteiligt (COTEC 2012). Darüber hinaus übernehmen ehrenamtlich Tätige Aufgaben und Verantwortung im Gesundheitsbereich. Von den im Jahr 2009 freiwillig engagierten 35,9 Prozent der Gesamtbevölkerung waren rund 6 Prozent im Gesundheitsbereich engagiert (ZQP 2013).

Im Folgenden wird der pflegerische Versorgungsmix vorrangig ausgehend von der Perspektive der an der direkten pflegerischen Versorgung beteiligten Personengruppen (im Sinne eines *pflegerischen Care-Mix*) in unterschiedlichen Settings betrachtet.

1.4.4 Versorgungsmix als Verhältnis von Case- und Care-Mix

Der Zusammenhang dieser beiden Einflussgrößen ist bislang für Deutschland kaum untersucht. Sowohl Case- als auch Care-Mix sind Gegenstand internationaler Forschung. In der Literatur finden sich die Begriffe des *Skill-Mix* und des *Staff-Mix* häufig als Charakteristika des pflegenden Personals. Dabei werden neben vorliegenden oder fehlenden formalen Qualifikationen (Staff-Mix) auch die unterschiedlichen Fähigkeiten (beispielsweise im Hinblick auf in Fort- und Weiterbildungen) (Skill-Mix) erfasst und abgebildet (Buchan und Dal Poz 2002). Der Begriff Care-Mix fasst beide Aspekte zusammen und ist in diesem Sinne als übergeordneter Begriff zu betrachten.

Es ist naheliegend, dass sowohl auf der Ebene der Pflegepersonen als auch auf übergeordneter Ebene der Settings ein angemessener Mix vorliegen muss, um gute pflegerische Versorgungsqualität bereitzustellen. Die Sicherstellung hoher Qualität von Struktur, Prozess und Ergebnis setzt Anpassungen in der Personalplanung und

-ausbildung voraus, die einen gut angepassten Care-Mix auf die bestehende Bedarfslage abhängig vom Case-Mix ermöglichen soll.

Die Qualität der pflegerischen Versorgung ist von verschiedenen Aspekten abhängig. So kann davon ausgegangen werden, dass sowohl die Zusammensetzung von Pflegebedürftigen (der Case-Mix) als auch die Zusammensetzung der pflegenden Personen (der Care-Mix) Einfluss auf die Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen haben. Vor dem Hintergrund der stetigen Diskussion um Pflege(ergebnis)qualität scheint der Zusammenhang zwischen Case- und Care-Mix relevant, um künftig den pflegerischen Herausforderungen angemessen entgegenzutreten zu können. Dies ist auch im Hinblick auf eine dem Case-Mix angemessene Planung des Care-Mix insbesondere im stationären Sektor von großem Interesse.

1.4.5 Versorgungsmix als Caring Community

Doch nicht ausschließlich die planerische Ebene im ambulanten sowie teil- und vollstationären Setting ist von Fragen eines passenden Care-Mix betroffen. Auch auf kommunaler Ebene ist eine angemessene Zusammensetzung der an der Versorgung beteiligten Personen notwendig. Es gilt, Kooperation und Vernetzung zwischen den beteiligten Akteuren sowie geeignete Formen des Versorgungsmix zu entwickeln.

Für Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf ist neben einer pflegerisch-medizinisch-therapeutisch orientierten Versorgung eine umfassende Unterstützung in allen Lebensbereichen notwendig. Diese soziale Dimension von Pflege kann nicht ausschließlich durch fachpflegerische Leistungen kompensiert werden. Um diesem sozialen Bedarf gerecht zu werden, ist eine hohe Bürgerbeteiligung gefragt. Weiter sind auch infrastrukturelle Anpassungen von der Kommune zu leisten (Görres und Blom 2012). Der Quartiersansatz rückt in diesem Zusammenhang immer mehr ins Zentrum von Planungs- und Entwicklungsvorhaben. Zudem sind Ergänzungen notwendig um die Teilhabe vulnerabler Gruppen zu sichern. Die „Caring Community“ als sorgende Gemeinde scheint als Leitbild, das es in der Kommune zu integrieren gilt, für die Zukunft als geeignet. Die sorgende Kommune zeichnet sich in ihrer Umsetzung durch die gelungene Kombination von professionellen Hilfen, institutionellen Angeboten, bürgerschaftlichen Unterstützungen und nachbarschaftlicher sowie familiärer Hilfen aus. Für die Kultur der Pflege bedeutet das, dass eine zukunftsweisende sorgende Grundhaltung entwickelt werden muss. Dann ist eine bedarfsdeckende pflegerische Versorgung möglich, die zudem durch die sozialen Transferleistungen einen Beitrag zur Finanzierbarkeit qualitativ hochwertiger Pflege leistet (Klie 2012).

1.5 Ergebnisse nationaler und internationaler Forschung zum Versorgungsmix

Deutschland entwickelt und implementiert derzeit Strategien zur Organisation eines sich wandelnden Versorgungsmixes in der Praxis. Die Ausdifferenzierung pflegerischer Ausbildungsgänge ober- oder unterhalb herkömmlicher dreijähriger Ausbil-

dungen in der Alten- und Gesundheits- sowie Krankenpflege treibt diese Entwicklungen ebenso voran wie der Fachkräftemangel und die zunehmende Einsicht, dass auf differenzierte Versorgungsstrukturen mit einem differenzierten Care-Mix reagiert werden kann. Vor allem bedingen die steigende Zahl der pflegebedürftigen Menschen in der Gesellschaft und gesetzliche Anforderungen an die Personalbesetzung in Kombination mit sich verändernden Arbeitsprozessen und Aufgabenfeldern in der Pflege, dass es in der Organisationsstruktur der Einrichtungen in allen Sektoren Umbrüche gibt. Hier sind beispielsweise auch die mit dem Inkrafttreten des Ersten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) zum 01.01.2015 einhergehenden Änderungen der Anzahl des Betreuungspersonals nach § 87b SGB XI zu nennen (PSG I 2014). Die zunehmende funktionelle Aufgabenteilung hat deutlich dazu beigetragen, Tätigkeiten im Bereich semi-professioneller Leistungserbringung – z. B. die der Alltagsbegleiterinnen als Verknüpfung pflegerischer und häuslicher Tätigkeiten (Klein 2008) – zu fördern. Auch die wachsende Nachfrage nach Professionalität, begleitet vom Entstehen neuer Berufsfelder – so etwa im Bereich der Pflegeexpertise oder des Case Managements (Görres 2013; Klein 2008) – hat zur Folge, dass sich Aufgabenfelder differenzieren. Diese Entwicklung kann aber nicht als Beitrag zur Beseitigung des Fachkräftemangels gesehen werden und macht die weitere Ausbildung und Einarbeitung nicht-spezialisierter Personen als Substitut oder Unterstützung der Pflegefachkräfte mittlerweile gängig (vgl. Afentakis und Maier 2010).

1.5.1 Zentrale Kenngrößen und Variablen von Care-Mix

Clarke und Donaldson (2008) unterscheiden zwischen zwei grundlegenden Typen von Maßzahlen, wenn es darum geht, den Care-Mix auf Ebene der beteiligten Personen zu quantifizieren: Typ A) dividiert ein Volumen von Pflegenden oder Pflegeleistungen durch eine quantifizierte Anzahl von Pflegeleistungen und Typ B) bildet das Verhältnis des Personals mit höherer Qualifikation im Vergleich zum Personal mit niedrigerer Qualifikation ab.

Auf Ebene der pflegebedürftigen Menschen kommen besonders Variablen, die sich auf Endpunkte der direkten physischen Gesundheit beziehen oder Variablen aus dem Bereich der Lebensqualität als Ergebnismaße zur Anwendung. Für den Bereich der stationären Langzeitpflege sind dies bspw. häufig Variablen zum Auf funktionalen Status, zu kombinierten Qualitätsscores, zur Mortalität, zu Darm- und Harninkontinenz, Hospitalisierung sowie zu Mangelernährung oder Gewichtsverlust (Spilsbury et al. 2011).

1.5.2 Ergebnisse zur Wirksamkeit eines Care-Mix

Besonders für den Bereich der stationären (klinischen) Akutversorgung liegen derzeit Ergebnisse – meist internationaler – Forschungsarbeiten vor, die vorrangig den Einfluss eines pflegerischen Versorgungsmix im Sinne eines professionellen Care-Mix und den Einfluss akademisch ausgebildeten Pflegepersonals untersuchen (Darmann-Finck 2012; Stalpers et al. 2015). Die Untersuchungen von Aiken und Kollegen (2014) unterstreichen den positiven Beitrag und notwendigen Einsatz akade-

misch ausgebildeten Pflegepersonals im Care-Mix für die stationäre Akutversorgung: Der Vergleich von Entlassungsdaten von 422 730 Patienten (50 Jahre oder älter, nach chirurgisch operativem Eingriff) aus 300 Krankenhäusern in neun europäischen Ländern zur innerklinischen Mortalität weist darauf hin, dass ein steigender Anteil Pflegenden mit einem Bachelorabschluss (je 10%) innerhalb einer Klinik signifikant mit einer Abnahme der Mortalität (um je 7%) assoziiert ist.

Für den Bereich der stationären Langzeitversorgung weist die heterogene Studienlage bislang nicht abschließend auf einen konsistenten positiven Zusammenhang bestimmter Qualifikationen des pflegerischen Personals im Hinblick auf bewohnerinnenbezogene Ergebnismaße hin. Lediglich ein Zusammenhang zwischen Personalbesetzung (als rein zahlenmäßige Betrachtung) und Versorgungsqualität scheint derzeit gesichert (Bostick et al. 2006; Spilsbury et al. 2011; Shin 2013; Backhaus et al. 2014). Zur optimalen Gestaltung eines pflegerischen Versorgungsmixes, der im Ergebnis eine hochwertige Versorgungsqualität erzeugt, gilt es, die Frage nach der Struktur eines dem Case-Mix angepassten Care-Mixes zu untersuchen. Erste Ansätze finden sich dazu auf nationaler Ebene im Bereich der stationären Langzeitpflege. Ausgehend von den Ergebnissen des Pilotvorhabens StaVaCare liegen erste Erkenntnisse zu statistischen Modellen vor, welche die Zusammenhänge ausgewählter Care- und Case-Mix-Variablen und deren Einfluss auf die Ergebnisqualität untersuchen (Schnabel und Eifert 2014).

Für den Bereich des betreuten Wohnens lassen sich kaum Untersuchungen finden, die sich mit der Personalbesetzung und anschließenden Bewohneroutcomes auseinandersetzen. Eine protektive Wirkung im Hinblick auf Hospitalisierungen wurde von Stearns et al. (2007) mit einem höheren Anteil durch lizenziertes Personal erbrachter Pflegezeit assoziiert, wobei dieser Effekt mit dem prozentualen Anteil von Bewohnern mit Demenz innerhalb der Einrichtungen deutlich variierte. Für das Setting der ambulanten häuslichen Versorgung lassen sich aufgrund der vorliegenden Studienlage keine Aussagen zur Wirksamkeit des Care-Mix treffen.

Welche (Aus-)Wirkungen sich aus dem zunehmenden Einsatz freiwilligen Engagements hinsichtlich gesundheitsbezogener Endpunkte pflegebedürftiger Menschen ergeben, ist bislang lückenhaft untersucht. Positive Effekte für die freiwillige Arbeit sind vorrangig für die – oftmals älteren – ehrenamtlich Tätigen selbst beschrieben (Bonsdorff und Rantanen 2011).

1.5.3 Forschungsdefizite zum Care-Mix

Um den Einfluss und Beitrag unterschiedlicher Fähig- und Fertigkeiten im Care-Mix auf die Versorgungsqualität abzubilden, bedarf es der Anwendung methodisch hochwertiger Studiendesigns. Benötigt werden als quantitative Ansätze besonders Beobachtungsstudien und randomisiert kontrollierte Studien (RCT), denen es gelingt, ausgehend von Primärdatenerhebungen in prospektiven Längsschnittdesigns die im untersuchten Setting vorherrschenden Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. In der stationären Langzeitpflege hieße dies auch besonders den rechtlichen Rahmen der Personalplanung (Stichwort Fachkraftquote) zu berücksichtigen. Mit Blick auf die derzeit verfügbaren Daten zu unterschiedlichen Versorgungssettings sind auf nationaler Ebene Erkenntnisse zu allen Settings und Arten von Pflegearrangements – besonders jedoch für den nicht unwesentlichen Bereich der ambulanten

häuslichen Versorgung – notwendig. Qualitative Ansätze können ergänzend Erkenntnisse zum Erleben der Versorgung durch unterschiedliche Personen- und Berufsgruppen aus Sicht der betroffenen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen liefern.

1.6 Potenziale für und Anforderungen an die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Versorgungsmixes: Erfahrungen aus Modellen in Deutschland

Modellannahmen und Analysen betonen die Bedeutsamkeit der Entwicklung eines Versorgungsmix (Schulz und Geyer 2014; Kesselheim et al. 2013). Die tatsächliche Gestaltung des pflegerischen Versorgungsmixes ist abhängig von der realen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, den verfügbaren Pflegepersonen und der politischen Steuerung. Ansätze der Weiterentwicklung lassen sich auf Grundlage von Prognosen und Forschungsprojekten identifizieren.

Rothgang et al. (2012) beschreiben drei Szenarien, welche die kleinräumige Entwicklung der Versorgungssituation Pflegebedürftiger in Deutschland darstellen. Ausgehend von den Annahmen, dass je nach Region (Bundesland; Kreis) unterschiedliche Ausgangssituationen bei gleichbleibender Pflegequote vorherrschen, bleibt in Szenario 1 der Status quo erhalten, während in Szenario 2 die formelle Pflege zunimmt, weil die Bereitschaft oder Möglichkeit zur Pflege durch Angehörige sinkt. Im dritten Szenario wird die häusliche Pflege gestärkt, indem Versorgungsformen und Unterstützungen bereitgestellt und implementiert werden. Den Autoren erscheint dieses dritte Szenario im Hinblick auf die Entwicklung der Versorgungssituation bis zum Jahr 2030 realisierbar, wenn erhebliche Bemühungen unternommen werden, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, die Angehörigenpflege zu stärken und zu stützen und das zivilgesellschaftlichen Engagement zu fördern (Rothgang et al. 2012).

Der Ansatz von Hackmann (2014) basiert auf Annahmen zur möglichen Reduktion des Anteils formeller, stationärer Pflege, die sich ausgehend von den Pflegegraden des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) auf Pflegebedürftige mit höherem Bedarf konzentriert. Personen mit geringerem Pflegebedarf werden dabei niedrigschwellig ambulant bzw. informell versorgt. Im Vordergrund steht, einen optimalen Versorgungsmix in verschiedenen Settings unter Beteiligung unterschiedlicher Pflegepersonen zu ermitteln. Als erstrebenswert wird hier betrachtet, dass die stationäre Versorgung im Jahr 2020 zurückgeht, indem die formale stationäre Versorgung sich auf Personen mit starken kognitiven und körperlichen Einschränkungen sowie besonderen Bedarfslagen beschränkt.

1.7 Ausblick: den Versorgungsmix von morgen heute denken

Ausgehend von den vielfältigen gesellschaftlichen Veränderungen und Entwicklungen ergibt sich sowohl quantitativ als auch qualitativ eine steigende Nachfrage nach medizinischen, therapeutischen und vor allem Pflegeleistungen. Angesichts des Kostendrucks im Gesundheitswesen können die gegenwärtigen gesundheitspolitischen Steuerungselemente jedoch nicht gewährleisten, dass die sich abzeichnenden faktischen Bedarfe an gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen angemessen gedeckt werden. Insofern ist eher von einer scherenförmigen Entwicklung auszugehen: Bedarf und Bedarfsdeckung werden weiter auseinanderdriften. Gefragt sind in Zukunft Versorgungsstrukturen, die sowohl der demografischen Entwicklung und ihren Herausforderungen als auch den limitierten Möglichkeiten in den klassischen Versorgungssettings und dem Fachkräftemangel in der Pflege Rechnung tragen. Um eine bestmögliche Versorgung zu gestalten, muss ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet werden, die Bedarfe der Pflegebedürftigen einerseits und den breiten Mix an informeller Pflege durch Ehrenamtliche, Nachbarschaftshilfe und Angehörige sowie die vielfältigen Qualifikationsstufen und Spezialisierungen in den Gesundheitsberufen andererseits aufeinander abzustimmen. Um den differenzierten Bedarfen im Sinne eines maßgeschneiderten Versorgungsmix gerecht zu werden, müssen sich die Einrichtungen ebenso wie die im Gesundheitswesen Tätigen dem Wandel und den gestiegenen Anforderungen anpassen. Die Literaturlage lässt den Schluss zu, dass ein hoher Bedarf an einem sektoren-, berufsgruppenübergreifenden, systematischen, evidenz-basierten Versorgungsmix besteht.

Welche Rolle dazu die zunehmende Diffusion von neuen Technologien in das Gesundheitswesen einnimmt, ist derzeit noch nicht vollends absehbar. Während bei der industriellen Fertigung von Sachgütern die technische Rationalisierung mehr und mehr an Grenzen stößt, ist das Potenzial einer über Technikeinsatz organisierten Arbeitsteilung im Bereich des Dienstleistungssektors Gesundheitswesen noch längst nicht ausgeschöpft. Schon jetzt ist es möglich, durch moderne Kommunikationstechnologien die faktische Präsenz von Angehörigen der Gesundheitsberufe beim Pflegebedürftigen oder Patienten zu reduzieren oder sogar überflüssig zu machen. Auch (pflegende) Familienangehörige profitieren davon, wenn beispielsweise ein Monitoring über eine räumliche Distanz möglich wird. Durch visuelle Vermittlungssysteme, technische Selbstdiagnose und multimediale Informationssysteme kann schließlich die Mündigkeit und Autonomie von Pflegebedürftigen und Patienten gestärkt werden.

Der integrierte Einsatz informatorischer und telekommunikativer Techniken (Telecare, Telenursing, Telemedizin) wird die Versorgungsprozesse in Zukunft deutlich umstrukturieren und sowohl zu einer Verdichtung und Intensivierung der Arbeitsprozesse und der Arbeitsleistung führen als auch die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen und den pflegenden Angehörigen neu strukturieren.

In Zukunft verstärkt gefragt sind zudem die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung, die Abstimmung bestehender Angebote und die Optimierung der Versorgungsabläufe. Beispiele aus dem internationalen Raum zeigen, dass Gesundheitsberufe erfolgreich berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgungsprogramme leiten und führen und damit für eine bedarfsgerechte Versorgung bis hin

zur lokalen kommunalen Ebene sorgen. Zukünftige Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte müssen neben alters- und krankheitsbezogenen Schnittstellen und Übergängen („Transitional Care“) auch den Aufbau einer Versorgung mit einem starken regionalen und häuslichen Bezug („Community Based Care“) berücksichtigen (SVR 2009).

Der Grundsatz ambulant vor stationär hat – wenn auch weit weniger als erwartet – dazu beigetragen, die Tendenz zur Dezentralisierung und Integrierung von Versorgungsangeboten in Wohnortnähe zu stärken: der „Präventive Hausbesuch“, der Ausbau der Pflegeberatung (z. B. durch Pflegestützpunkte) und zahlreiche niederschwellige Betreuungsangebote etwa für demenzkranke Pflegebedürftige, ebenso der Hausnotruf, assistive Technologien und intelligente Haustechniken (Ambient Assisted Living, Smart Home) ermöglichen es, Menschen mit alters- bzw. krankheitsbedingten Einschränkungen ein möglichst autonomes Leben im Alltag zu sichern.

All diese Angebote haben das Potenzial, Gewohnheiten zu verändern und neue Versorgungsformen zu unterstützen. Bei gezielter Steuerung z. B. auf der kommunalen Plattform im Kontext quartiersbezogener Versorgungsansätze sollte es deshalb aus gesundheits- und pflegepolitischer Perspektive zukünftig möglich sein, so genannte „No-Care-Zonen“ zu vermeiden (vgl. Görres und Blom 2012).

Die vielleicht wichtigste Weichenstellung besteht darin, die vielfältigen Grenzen innerhalb der Versorgungsstruktur zu überwinden, die einer Kooperation und Koordination der verschiedenen Beteiligten und Institutionen entgegenstehen (vgl. SVR 2009). Für Kommunen besteht die Chance darin, in einem kleinen und überschaubaren Rahmen Korridore für eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Institutionen zu schaffen.

Literatur

- Afentakis A, Maier T. Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* 2010; 11: 990–1002.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* 2014; 383 (9931): 1824–30.
- Backhaus R, Verbeek H, van Rossum E, Capezuti E, Hamers JPH. Nurse Staffing Impact on quality of Care in Nursing Homes: A Systematic review of Longitudinal Studies. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15 (6): 383–93.
- von Bonsdorff MB, Rantanen T. Benefits of formal voluntary work among older people. A review. *Aging Clin Exp Res*. 2011; 23 (3):162–9.
- Bostick J, Rantz MJ, Flesner MK, Riggs CJ. Systematic Review of Studies of Staffing and Quality in Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7 (6): 366–76.
- Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bull World Health Organ* 2002, 80 (7): 575–80.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 10/2012. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/2012_04_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf (13. Juli 2015).

- Clarke SP, Donaldson NE. Chapter 25. Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety. In: Hughes, RD. Patient Safety and Quality. An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US) 2008; 1–23.
- Council Occupational Therapists European Countries (COTEC). Summary of the occupational therapy profession in Europe. <http://www.cotec-europe.org/userfiles/file/%20ot%20summary/Summary%202012.pdf> (27. Juni 2015).
- Darmann-Finck I. Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien. *Pflege & Gesellschaft* 2012; 7 (3): 216–32.
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (DBL). Logopädie – Ausbildung und Beruf. Daten und Fakten – Stand April 2013. https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Publikationen/0002_ausbildung_beruf.pdf (07. Juli 2015).
- Görres S. Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe. In: Robert Bosch Stiftung. Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: o. V. 2013; 19–49.
- Görres S, Blom S. Die „neue“ Verantwortung der Kommunen – Herausforderungen für eine aktive politische Gestaltung zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen für ältere Menschen. Deutsches Zentrum für Altersfragen: „Informationsdienst Altersfragen“ 2012; 39 (02): 3–8.
- Görres S, Böckler U. Innovative Potenziale und neue Märkte für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege – Ergebnisse einer Delphistudie. *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe* 2004; 17 (2): 105–12.
- Hackmann T. *Pflegemix der Zukunft. Spannungsfeld zwischen pflegerischer Notwendigkeit und tatsächlicher Versorgung*. 2014. Basel: o. V.
- Kesselheim H, Schildmann C, Schmidt S, Steffen M, Stiegler B, Wallrafen-Dreisow H. *Pflege zwischen Familie, Markt und Staat. Wie Pflegearbeit in Zukunft organisiert werden kann*. Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg). Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: o. V. 2013.
- Klein B. Current situation of German care homes. *Int J Older People Nurs* 2008; 3 (4): 287–290.
- Klie T. Auf dem Weg zur Caring Community. In: Kruse A, Rentsch T, Zimmermann HP. *Gutes Leben im hohen Alter*. Heidelberg, Neckar: Akademische Verlagsgesellschaft AKA 2012. 231–8.
- Klie T. Interview: Die Zukunft der Pflege. Ergebnisse der Kasseler Studie. *Pflegen Ambulant* 2002; 13 (6): 40–2.
- Rothgang H, Müller R, Unger R, Klie T, Göhner A, Schuhmacher B. Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). *Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Gutachten Kurzfassung. Berlin 2009. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (17. Juli 2015).
- Schnabel E, Eifert C. Forschung für die Pflege. Bestandsaufnahme und Impulse. In: Pfeiffer D, von Stackelberg JM, Kiefer G (Hrsg). *GKV-Lesezeichen 2014*. Köln: o. V. 2014; 118–39.
- Schulz E, Geyer J. *Pflegebedarfe und Pflegesettings – Ein Vergleich formeller und informeller Pflege in ausgewählten europäischen Ländern*. Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, DIW 2014; 83: 137–57.
- Shin JH. Relationship between nursing staffing and quality of life in nursing homes. *Contemp Nurse* 2013; 44 (2): 133–43.
- Simon M. *Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009*. Studie für den Deutschen Pflegerat. 2012. http://www.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Simon_2012_Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf (07. Juli 2015).
- Spilsbury K, Hewitt C, Stirik L, Bowman C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2011; 48 (6): 732–50.
- Stalpers D, de Brouwer BJ, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. *Int J Nurs Stud* 2015; 52 (4): 817–35.
- Statistisches Bundesamt. *Gesundheit. Personal. Fachserie 12 Reihe 7.3.1*. Wiesbaden 2013. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Personal_PDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile (07. Juli 2015).

- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2015. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf;jsessionid=C95EB700EBA34B5594C8C3D489111DBF.cae1?__blob=publicationFile (29.Juni 2015).
- Stearns SC, Park J, Zimmerman S, Gruber-Baldini AL, Konrad TR, Sloane PD. Determinants and Effects of Nurse Staffing Intensity and Skill Mix in Residential Care/Assisted Living Settings. *Gerontologist* 2007; 47 (5): 662–71.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix. ZQP Themenreport. Berlin: o. V. 2013.