



Dokumentation Workshop

**»Personalbemessung
in Krankenhäusern
im internationalen Vergleich«**

*Gesundheit, Soziale Dienste,
Wohlfahrt und Kirchen*



Gliederung

Einleitung	4
1 Personalvorgaben – wovon reden wir überhaupt?	7
1.1. Die Entwicklung in deutschen Krankenhäusern	7
1.2. Personalausstattung in Krankenhäusern im internationalen Vergleich	9
2 Die Regulierungskonzepte und ihre Umsetzung	13
2.1. Gesetzliche Umsetzung von Personalvorgaben	15
2.2. Betriebliche Umsetzung von Personalvorgaben	19
2.3. Personalvorgaben aus der Sicht der Wissenschaft	23
2.4. Die gesetzliche und betriebliche Umsetzung von Personalvorgaben – Ergebnisse für die Gewerkschaften	25
3 Gewerkschaftliche Strategien zur Umsetzung der Regulierung von Personalvorgaben	28
3.1. Anforderungen an eine »roadmap« gewerkschaftlichen Handelns	28
3.2. Die Durchsetzung der Personalvorgaben im »National Health Service« in Großbritannien	30
3.3. Gesetzliche Personalbemessung: Ein »Muss« – Strategie und Taktik in Deutschland	31
3.4. Gewerkschaftliche Strategien und ihre Bewertung	32
4 In aller Kürze: Die Ergebnisse des Workshops in den Sprachen Deutsch, Englisch und Französisch	35
Literatur	45

Einleitung

Wissenschaftliche Studien und die Erfahrungen der Beschäftigten aus den Krankenhäusern belegen: Je weniger Pflegepersonal, desto schlechter die Pflege. Das hat erhebliche Folgen für die Sicherheit und die Versorgungsqualität der Patient*innen. Der Zusammenhang zwischen z. B. Infektionen, Medikationsfehlern, Verweildauer oder Wiedereinweisungen ist eindeutig. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di hat sehr früh auf diesen Zusammenhang hingewiesen. Der ver.di-Personalcheck hat einen Fehlbedarf von 162.000 Stellen festgestellt, davon allein 70.000 in der Pflege. Fehlendes Personal zeigt sich auch bei der Besetzung der Stationen während der Nachtschicht, an der Zahl nicht ausgeglichener Überstunden oder an den Überlastungsanzeigen der Beschäftigten in den Krankenhäusern.

»Gefährliche Pflege« ist aber nicht nur in Deutschland ein Problem. In allen europäischen Ländern wird der Personalausstattung in den Krankenhäusern öffentliche Aufmerksamkeit geschenkt. Von Seiten der Wissenschaft, der Politik und gerade von Seiten der Gewerkschaften in Europa wird nach Lösungen gesucht. Vor diesem Hintergrund haben der »Europäische Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst (EGÖD)« und ver.di den Workshop »Personalbemessung in Krankenhäusern im internationalen Vergleich« durchgeführt. Er fand am 16. November 2016 in den Räumen der Landesvertretung Bremen statt. Gezielt eingeladen wurden Kolleg*innen aus den Krankenhäusern in Deutschland sowie Kolleg*innen aus den Gesundheitsgewerkschaften des EGÖD. Insgesamt nahmen 52 Expert*innen aus Gewerkschaften, Politik, den Wissenschaften und aus der Praxis der Krankenhäuser aus 12 europäischen Ländern an diesem Workshop teil.

Ziel des Workshops war es, einerseits die bisherigen Erkenntnisse zu Fragen der Personalbemessung und ihrer Regulierung aus Wissenschaft, Politik und Gewerkschaften zusammenzutragen. Andererseits ging es um gewerkschaftliche Erfahrungen in der Durchsetzung solcher Bemessungssysteme und das vor allem in Europa. Verfolgt wurden im Workshop zwei Fragestellungen:

- Über welche Regulierungssysteme werden Personalvorgaben politisch und/oder betrieblich gestaltet, welche Ziele werden verfolgt und welche Kriterien und Instrumente finden auf den unterschiedlichen Handlungsebenen Anwendung?
- Welche Ziele, Strategien und Vorgehensweisen haben Gewerkschaften zur Umsetzung von gesetzlichen/betrieblichen Personalvorgaben entwickelt, wirksam umgesetzt und wie können sie weiter ausgebaut werden?

Quasi als »roter Faden« zogen sich diese Fragen durch den Workshop. Jane Lawless, gab einen Überblick über die unterschiedlichen Regulierungssysteme in Europa und auch international. Dem folgten kommentierende Beiträge aus der Perspektive der Wissenschaft durch Dr. Bernard Braun, aus der Politik durch Uwe Schmid aus dem Gesundheitsressort des Landes Bremen, zur betrieblichen Umsetzung durch Petra Kokko aus Finnland und von Ivana Břeňková, die über das gesetzliche Regulierungssystem in Tschechien berichtete. Zu den gewerkschaftlichen Erfahrungen in der Durchsetzung von Personalvorgaben im Betrieb konnten Gail Adams (UNISON) und Lara Carmona (Royal College of Nursing – RCN) für einen Beitrag gewonnen werden, die über einschlägige gewerkschaftliche Aktivitäten zum Thema in Großbritannien berichteten.

Josef Zellhofer vom Österreichischen Gewerkschaftsbund (ÖGB) zeigte, wie ein System der Personalvorgaben konkret im Betrieb auf der Basis des österreichischen Sozialpartnermodells realisiert wird und Grit Genster stellte die bisherigen Strategien und Vorgehensweisen von ver.di in Deutschland vor.

Was waren die wichtigsten Botschaften? Gewerkschaften können die zentralen Träger und Treiber zur Durchsetzung von Personalvorgaben in Politik und Betrieb sein. Sie verfügen auf beiden Handlungsebenen über politische Gestaltungsmacht. Das Thema Personalvorgaben ist kein kurzfristiges Kampagnenvorhaben. Es braucht Anlässe, eine kontinuierliche Diskussion und gute Argumente, um bestehende Regulierungssysteme zu verändern bzw. neue zu schaffen. Wichtig ist es zudem, Personalvorgaben mit weiteren Gesichtspunkten guter Arbeit zu kombinieren. Für gewerkschaftliche Interessenvertretungen ist es unerlässlich, die Berechnungssysteme für Personalvorgaben zu kennen. Das komplexe Thema, mit seinen verschiedenen Handlungsansätzen, ist für eine gewerkschaftliche Kampagne in einige wenige, gut zu kommunizierende Themen zu gliedern.

Für diese Dokumentation haben wir eine problemorientierte Aufbereitung des Workshops gewählt. Wir geben also nicht den Diskussionsverlauf wieder, sondern konzentrieren uns auf Fragestellungen, die für die weitere Debatte um die Regulierung von Personalvorgaben von Interesse sind: Die Ausgestaltung der Regulierungssysteme, die möglichen Instrumente und Strategien in Politik und Betrieb und die Rolle der Gewerkschaften, die diese zur Durchsetzung der Regulierung von Personalvorgaben übernehmen können.

Dann bleibt uns noch, allen Referent*innen Dank zu sagen, die mit einem Beitrag den Workshop unterstützt haben. Unser Dank gilt auch allen Teilnehmer*innen, die mit ihren Anregungen, Positionen und Hinweisen für neue Erkenntnisse und das Gelingen des Workshops gesorgt haben.

Grit Genster

*Bereichsleitung Gesundheitspolitik,
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di*

Mathias Maucher

*Sozial- und Gesundheitspolitik,
Europäischer Gewerkschaftsverband
für den öffentlichen Dienst (EGÖD)*

Dr. Margret Steffen

*Bereich Gesundheitspolitik,
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di*

Britta Zander

*Fachgebiet Management im Gesundheitswesen,
TU Berlin*

1 Personalvorgaben in Krankenhäusern: Wovon reden wir überhaupt?

Mit dem Problem des Fachkräftemangels sieht sich nicht nur Deutschland konfrontiert. Verschiedene internationale und deutsche Studien haben einen Zusammenhang herstellen können zwischen fehlenden Pflegefachkräften, der Arbeitsorganisation und den Arbeitsbedingungen, dem Pflegeprozess, verschiedenen Pflegeergebnissen wie Arbeitsunzufriedenheit und Überlastung, sowie der Versorgungsqualität und Patientensicherheit (z. B. in Griffiths et al. 2016, Neuraz et al. 2015, West et al. 2014, Papastavrou et al. 2014, Aiken et al. 2014, Shekelle 2013, Needleman et al. 2011, Kane et al. 2007).

1.1. Die Entwicklung in deutschen Krankenhäusern

Zum 1. Januar 2016 trat das Gesetz zur »Reform der Strukturen in der Krankenhausversorgung (KHSG)« in Kraft. Laut Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe kann »eine gute Versorgung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (...) nur mit ausreichend Personal gelingen«. Deshalb sollte durch das Gesetz der Pflegebereich mit deutlich mehr Mitteln gestärkt werden. Die Krankenhäuser erhielten durch den Pflegezuschlag und das Pflegestellen-Förderprogramm bis zu 830 Millionen Euro zusätzlich pro Jahr, um dauerhaft mehr Personal zu beschäftigen. Zwar liegen in Deutschland nur wenige wissenschaftliche Studien zu der Frage vor, ob die Versorgungsqualität und Patientensicherheit durch regelmäßig/über einen längeren Zeitraum fehlende und/oder überlastete Pflegefachkräfte tatsächlich bedroht ist; allerdings lassen sich im Verhältnis von Systemveränderungen in der Krankenhauspolitik und Beschäftigung Indizien ermitteln, mit denen die steigende Belastung des Pflegepersonals aufgezeigt werden kann.

Zahlen des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2015 zeigen, dass 5,3 Millionen Menschen im

deutschen Gesundheitswesen arbeiten. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl um 112.000 (+2,2 %) gestiegen. 75,9 Prozent aller Beschäftigten im Gesundheitswesen waren im Jahr 2015 weiblich und die Hälfte aller Beschäftigten im Gesundheitswesen (50,7 %) waren teilzeitbeschäftigt oder geringfügig tätig. Mit 20,9 Prozent arbeiten 1.956.000 Beschäftigte im Krankenhaus (Statistisches Bundesamt 2017a). Umgerechnet in Vollzeitäquivalenten sind das 868.000. Davon wiederum stellen mit insgesamt 568.000 Beschäftigten die Krankenpflege, zusammen mit dem Rettungsdienst, medizinisch-technischen Diensten, der Geburtshilfe und anderen Funktionsdiensten die größte Beschäftigtengruppe (Statistisches Bundesamt 2017b) und mit 549.000 Menschen ist Teilzeitarbeit und geringfügige Beschäftigung ein nicht zu unterschätzendes Thema.

Wenn auch von steigenden Beschäftigtenzahlen im Krankenhausbereich ausgegangen werden kann, so verlief die Entwicklung zwischen den Berufsgruppen nicht gleichmäßig. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Entwicklung relevanter Struktur- und Prozessparameter innerhalb der letzten 20 Jahre: Von 1995 bis 2015 wurde in den Krankenhäusern ein deutlicher Bettenabbau betrieben (18 %). Gleichzeitig ist ein Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer um 37 Prozent zu verzeichnen und die Fallzahlen in den Krankenhäusern stiegen um 21 Prozent. Daraus resultieren im Ergebnis 23 Prozent weniger Belegungstage. Das bedeutet für die Pflege, dass die Fallzahl pro Pflegekraft von 1995 bis 2015 um durchschnittlich 32 Prozent gestiegen ist (berechnet in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)).

Wird die Entwicklung bei den Krankenhausärzten berücksichtigt, so erhält diese Situation zusätzlich an Dramatik. Deren Zahl stieg im gleichen Zeitraum

um 51 Prozent. Diese Entwicklung verbesserte zwar das Patienten-Arzt-Verhältnis hinsichtlich der Fallzahlen als auch hinsichtlich der Belegungstage. Verglichen mit dieser positiven Entwicklung im ärztlichen Bereich ist die Zahl der Pflegekräfte bei gleichzeitigem Anstieg der Teilzeitbeschäftigung

allerdings gesunken. Diese Entwicklung führte auch zu Verschiebungen im Pflegepersonal-Arzt-Verhältnis. Kamen 1995 noch 3,4 Pflegekräfte auf einen Arzt so betrug das Verhältnis im Jahr 2015 nur mehr 2,1 und bedeutete eine Veränderungsrate von 38 Prozent (berechnet in VZÄ).

Abbildung 1: Struktur- und Prozessparameter in Akutkrankenhäusern und psychiatrischen Krankenhäusern von 1995 bis 2015

	1995	2000	2010	2015	Veränderung in % 1995–2015
Betten (× 1.000)	609,1	559,7	502,7	499,4	– 18
Fallzahl (× 1.000.000)	15,9	17,3	18,0	19,2	+ 21
Belegungstage (× 1.000.000)	182,7	167,8	141,9	141,3	– 23
Fallzahl pro Bett	26,1	30,9	35,9	38,5	+ 48
Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	11,5	9,7	7,9	7,3	– 37
VZÄ Ärzte (× 1.000)	102,0	109,0	135,0	154,0	+ 51
Fallzahl pro VZÄ Arzt	155,9	158,7	133,3	124,6	– 20
Belegungstage pro VZÄ Arzt	1,8	1,54	1,1	0,92	– 49
VZÄ Pflegekräfte (× 1.000)	351,0	332,0	306,0	321,0	– 9
Fallzahl pro VZÄ Pflegekraft	45,3	52,1	58,8	59,9	+ 32
Belegungstage pro VZÄ Pflegekraft	0,52	0,51	0,46	0,44	– 15
Pflegehelfer (× 1.000)	33,0	23,0	18,0	18,0	– 45
VZÄ Pflegekraft: VZÄ Arzt Ratio	3,4:1	3,0:1	2,3:1	2,1:1	– 38

Quelle: angelehnt an: Zander B, Busse R (2017): Die aktuelle Situation der Krankenpflege in Deutschland. In: Bechtel et al. 2017
*enthalten sind Gesundheits- und (Kinder)krankenpflegekräfte, Pflegehelfer sowie sonstige Pflegekräfte (mit/ohne Examen).

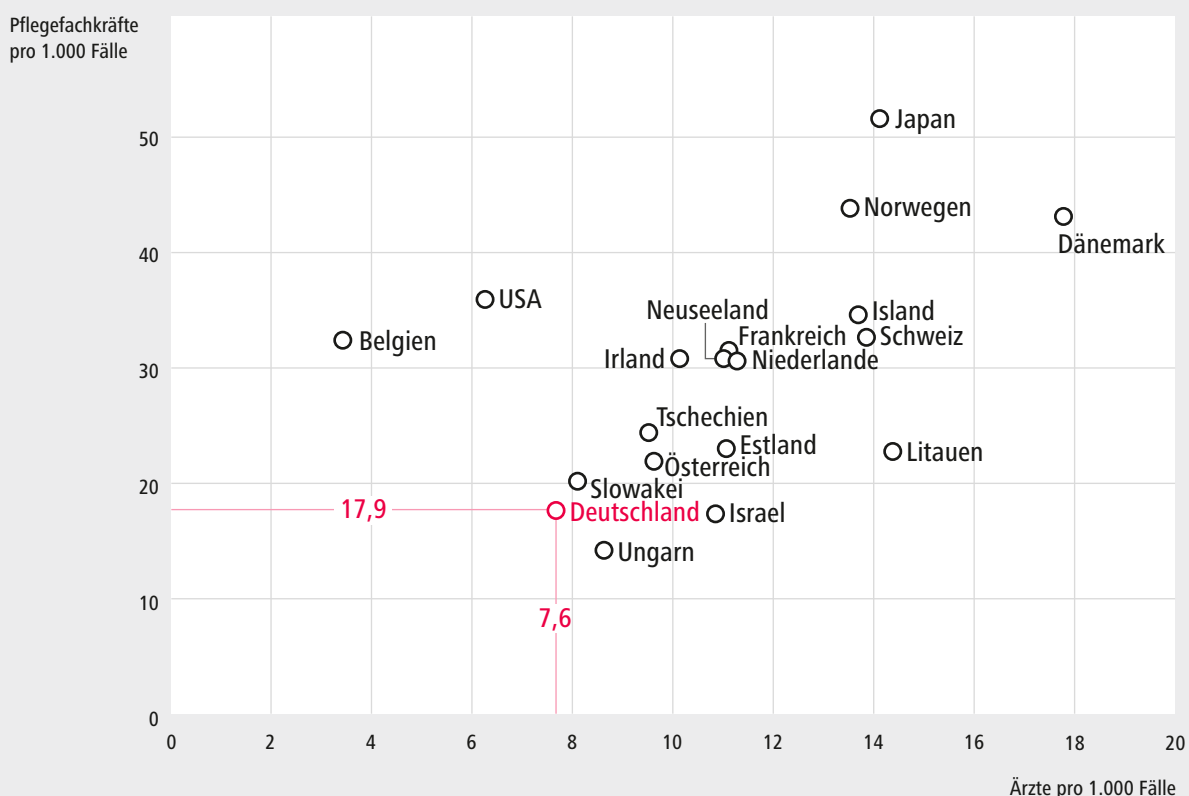
1.2. Personalausstattung in Krankenhäusern im internationalen Vergleich*

*Der folgende Abschnitt basiert zu großen Teilen auf Zander et al. 2017 in: Klauber et al. (Hrsg.) Krankenhausreport 2017.

Um die dargestellten Zahlen aus Deutschland besser einordnen zu können, nun der internationale Vergleich. Dieser zeigt, Deutschland setzt im Vergleich mit anderen Ländern weniger Personal in den Kran-

kenhäusern ein: Pro 1.000 Fälle sind es 25,5 VZÄ (7,6 Ärzte und 17,9 Pflegekräfte). Dies entspricht nur 40 bis 50 Prozent der Werte in Japan (65,7), Dänemark (60,9), Norwegen (57,3), Island (48,3) oder der Schweiz (46,6). Bei den Ärzten werden nur in Belgien (3,4) und den USA (6,2) weniger Ärzte pro Fall als in Deutschland eingesetzt (wobei die starke Nutzung der hier nicht gezählten Belegärzte zu berücksichtigen ist) und in der Pflege gibt es nur in Israel (17,6) und Ungarn (14,3) weniger Personal. Das zeigt die folgende Abbildung:

Abbildung 2: Im Krankenhaus tätige Ärzte und Pflegefachkräfte (inkl. Hebammen) pro 1.000 Fälle für ausgewählte OECD-Länder 2013 (bzw. das letzte verfügbare Jahr)



Werte für die USA von 2010, Japan 2011, Niederlande, Schweiz und Slowakei 2012

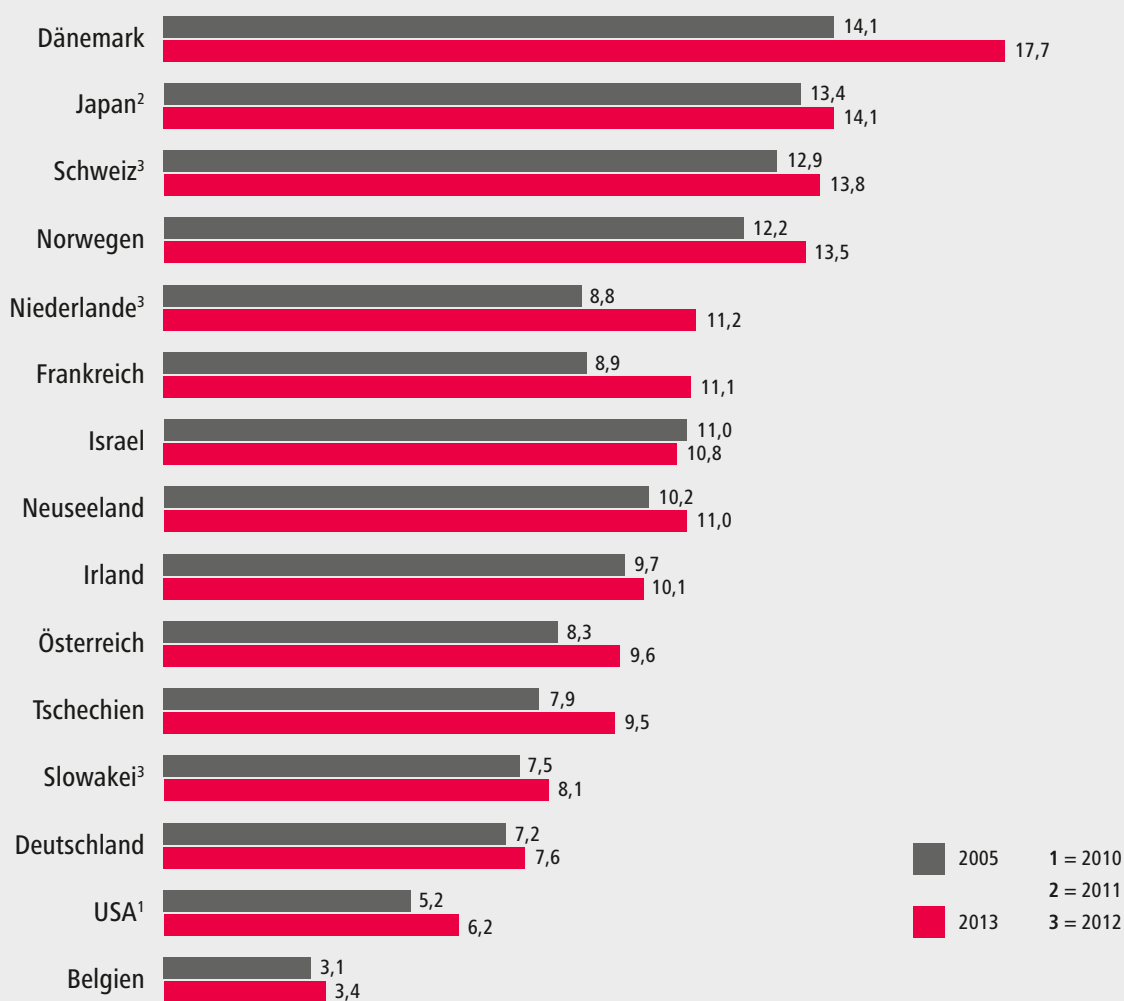
Quelle: eigene Darstellung, basierend auf OECD Health Statistics 2016: Datasets: Health Care Resources – Hospital Employment, Health Care Utilisation – Hospital discharges by diagnostic categories (all causes)

Die folgende Abbildung 3 zeigt die Entwicklungen des ärztlichen und pflegerischen Personals im Längsschnitt. Hier zeigt sich, dass sich das Verhältnis der Ärzte pro Fall in allen betrachteten Ländern von 2005 bis 2013 erhöht hat. Besonders deutlich ist die Zunahme in Dänemark mit 3,6 Ärzten pro 1.000 Fälle, d. h. um rund 20 Prozent. Dabei gilt für Dänemark, dass hier die Fallzahlen um ein Drittel zurückgegangen sind. In Deutschland gab es laut OECD-Zahlen einen Zuwachs von nur 0,4 Ärzten pro 1.000 Fälle, wobei zu beachten ist, dass in dem

Zeitraum die Zahl der Fälle überdurchschnittlich um rund 20 Prozent zugenommen hat (Geissler und Busse 2015).

Die Entwicklung der Pflegefallzahlen zeigt ein gemischtes Bild: In der Mehrheit der untersuchten Länder hat sich der Wert im Betrachtungszeitraum erhöht, in fünf dagegen ist er gesunken. Spitzenreiter Japan hat sein Pflegepersonal über die deutliche Fallzahlsteigerung hinaus um acht VZÄ pro 1.000 Fälle aufgestockt; während es bei den Ärzten nur

Abbildung 3: Ärzte (in Vollzeitäquivalenten) für ausgewählte OECD-Länder pro 1.000 Fälle, 2005 und 2013 (bzw. das letzte verfügbare Jahr)

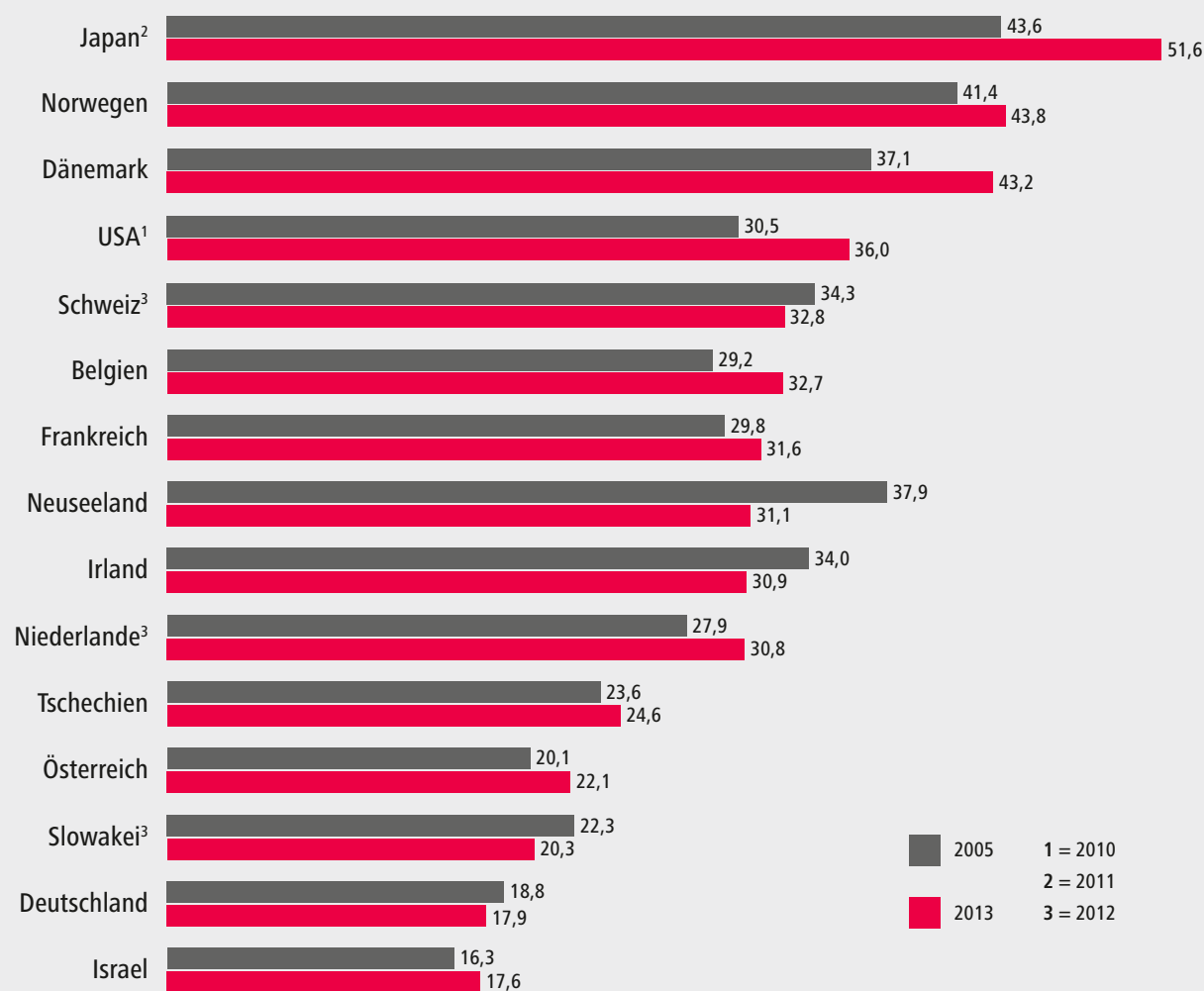


Quelle: eigene Darstellung, basierend auf OECD Health Statistics 2016: Datasets: Health Care Resources – Hospital Employment, Health Care Utilisation – Hospital discharges by diagnostic categories (all causes)

minimal um 0,7 zulegen. Auch in Dänemark und den USA hat das Pflegepersonal um jeweils über fünf VZÄ pro 1.000 Fälle zugenommen, wobei ein Teil durch den Rückgang der Fallzahlen zu erklären ist. Dagegen kam es in der Schweiz, der Slowakei, Neuseeland, Irland und Deutschland zu einer Verschlechterung des Verhältnisses – in Deutschland um rund 5 Prozent. Die deutsche Entwicklung erklärt sich wiederum durch die starke Zunahme der Fallzahlen bei gleichzeitig unterproportionaler Zunahme des Pflegepersonals. Bei der Interpretation

der Zahlen ist zu beachten, dass die unterschiedliche Ausstattung mit Ärzten, Pflegepersonal und sonstigen Professionen im Krankenhaus zum Teil auf die Ausgestaltung der spezifischen Gesundheits- und Ausbildungssysteme, die davon abhängigen unterschiedlichen Aufgabenprofile der Berufsgruppen und in der Folge davon auf eine unterschiedliche Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen zurückzuführen ist.

Abbildung 4: Pflegefachkräfte und Hebammen (in Vollzeitäquivalenten) für ausgewählte OECD-Länder pro 1.000 Fälle, 2005 und 2013 (bzw. das letzte verfügbare Jahr)



Quelle: eigene Darstellung, basierend auf OECD Health Statistics 2016: Datasets: Health Care Resources – Hospital Employment, Health Care Utilisation – Hospital discharges by diagnostic categories (all causes)

So lässt sich z.B. die vergleichsweise hohe Ausstattung mit Pflegekräften in den USA, besonders im Vergleich zu den Ärzten, u. a. dadurch erklären, dass die akademisch ausgebildeten Pflegekräfte oftmals Leistungen übernehmen, die in Deutschland Ärzten vorbehalten sind. Das Verständnis über Pflegehelfer*innen bzw. Pflegeassistentenberufe, über ihre Rolle, Aufgaben und Kompetenzen im Verhältnis zu Pflegefachkräften, ist je nach Land unterschiedlich und oftmals unklar definiert. Ein anderes Verständnis der Fachpflege kann ebenfalls als Grund genannt werden. Nicht zu unterschätzen sind zudem die ökonomischen Rahmenbedingungen in den einzelnen Ländern, die sich auf die Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen auswirken können. An dieser Stelle ist weiterer Forschungsbedarf anzumelden. Denn um die Ausgestaltung der Personalbesetzung in der Pflege adäquat beurteilen zu können, sowie Kennzahlen europaweit bzw. international vergleichbar zu machen, wären weitere Aussagen über Ausbildungs- und Qualifikationsniveaus, Befugnisse sowie gesetzlich geregelte Tätigkeitsbereiche der einzelnen Berufsgruppen nötig. Ebenso wären Informationen hilfreich über die sektorenübergreifende Integration und Zusammenarbeit im Krankenhaus sowie zwischen diesem und angrenzenden Pflegebereichen. Dieses Thema ist auf dem Workshop nur am Rande angesprochen worden; ist aber wichtig für die Frage eines bedarfsgerechten Personaleinsatzes in den Krankenhäusern.

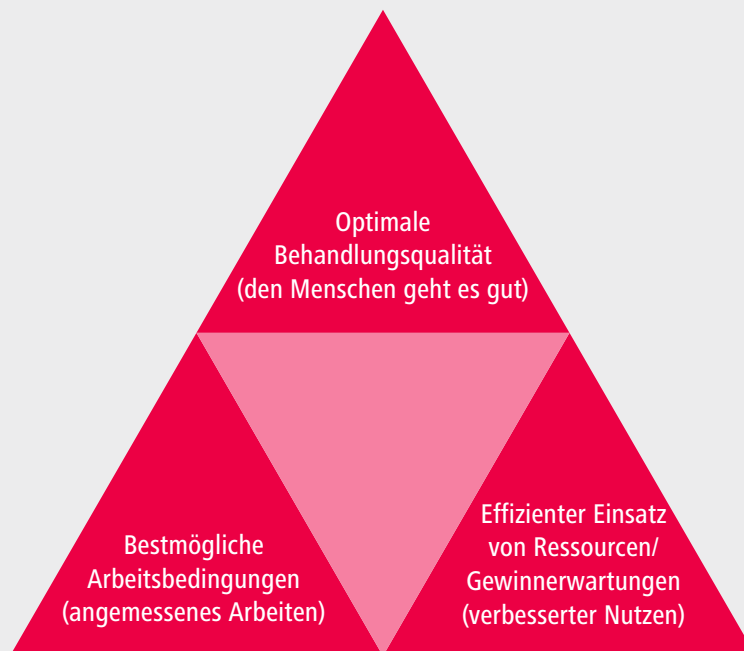
Die Daten zum Verhältnis von Beschäftigten und zu versorgenden Patient*innen zeigen, dass sich der Krankenhausesektor durch Strategien auszeichnet, Arbeitsprozesse zu optimieren und in erheblichem Maße auch Stellen abzubauen und auszugliedern. Über diesen Weg konnte der Anteil der Personalkosten in den Krankenhäusern gesenkt werden. Der Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen wird also eine gute Personalausstattung nicht richten. Vor diesem Hintergrund stehen die Gewerkschaften in Europa mit der Debatte um angemessene Personalvorgaben vor allem vor der Herausforderung, den Abwärtstrend von vermeintlich wirtschaftlichen Notwendigkeiten und der Steigerung der Belastung der Beschäftigten bis hin zur »gefährlichen Pflege« zu durchbrechen. Gerade die Durchsetzung von Personalvorgaben im Krankenhausesektor basiert auf grundlegenden gewerkschaftlichen Vorstellungen der Sicherung von Einkommen, der Gestaltung der Arbeitsbedingungen und dem Schutz der Beschäftigten vor prekärer und belastender Arbeit und leistet gleichzeitig einen Beitrag zur Anwerbung und Bindung dringend benötigter Pflegefachkräfte.

2 Die Regulierungskonzepte und ihre Umsetzung

In ihrem Einführungsbeitrag zeigte Jane Lawless die unterschiedlichen Interessen und Ziele, die an eine gute Gesundheitsversorgung gestellt werden. Aus der Perspektive der Patienten geht es um eine optimale Behandlungsqualität, Beschäftigte sind an guten Arbeitsbedingungen interessiert und das Interesse der Krankenhäuser besteht in einem optimalen Ressourceneinsatz und/oder in Gewinnerwartungen.

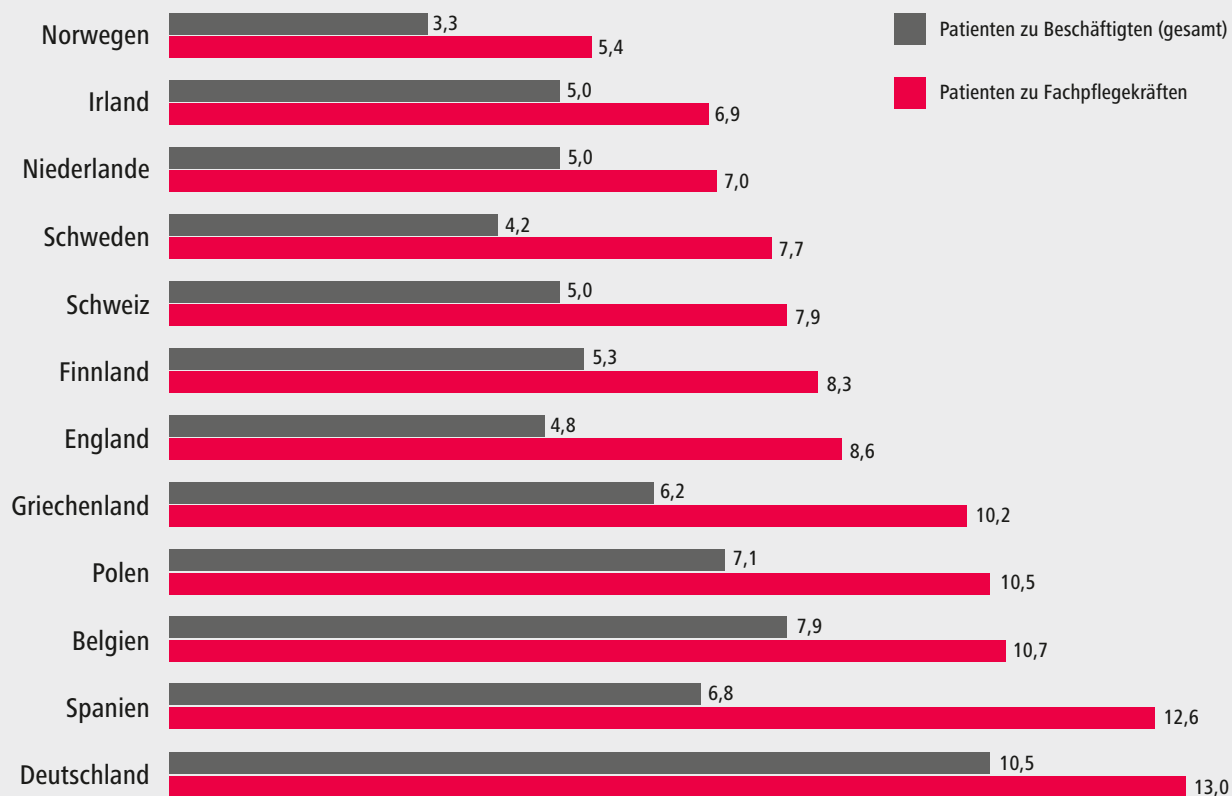
Anhand von Ergebnissen der internationalen Pflegestudie RN4Cast (Zander et al. 2017) verdeutlichte Jane Lawless, dass in vielen Ländern die Umsetzung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Beschäftigtenzahlen und Patientenversorgung nicht erreicht ist.

Abbildung 5: Die drei Ziele der Gesundheitsversorgung



Quelle: Jane Lawless

Abbildung 6: Daten der RN4Cast-Studie, Verhältnis Patienten/Beschäftigte



Quelle: Köppen J, Zander B, Busse R: Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland, Berlin 2016

Hinter diesem Bild steht in vielen Ländern eine Phase des »unkontrollierten« Experimentierens, so Lawless, mit dem Ziel der Reduzierung von Personalkosten. Vorrangig wurde in den Krankenhäusern auf die Flexibilisierung der Beschäftigung durch Bereitschaftsdienste oder Teilzeitarbeit gesetzt, der Austausch qualifizierter durch weniger qualifizierte Pflegekräfte vorangetrieben und eine deutliche Intensivierung der Arbeit und der Anstieg der Patientenzahlen pro Beschäftigten umgesetzt. Angesichts von nachhaltigen Problemstellungen in der Versorgung wurde im internationalen Vergleich die Regulierungslücke zwischen guter Versorgung und fehlenden Beschäftigten immer deutlicher.

Gewerkschaften gehen davon aus, dass eine Regulierung der Personalvorgaben der beste Weg ist, um eine gute Versorgung sicher zu stellen. Dabei lassen sich mit »Nurse-to-Patient-Ratios« und »Nurse-to-Bed-Ratios« zwei unterschiedliche Regulierungskonzepte und mit gesetzlichen Regelungen und/oder mit betrieblichen Lösungen zwei Umsetzungskonzepte unterscheiden. Für die Darstellung der verschiedenen Konzepte gliedern wir im Folgenden nach der Umsetzung über gesetzliche oder betriebliche Vorgaben zur Personalausstattung und wir ergänzen diese durch den wissenschaftlichen Blick auf die Regulierung von Personalvorgaben.

2.1. Gesetzliche Umsetzung von Personalvorgaben

Nicht nur in Deutschland sind die Kenntnisse über international vorhandene gesetzliche Regulierungskonzepte zum Personaleinsatz noch wenig verbreitet. Die bisherige Diskussion beschränkt sich zumeist auf das im US-Bundesstaat Kalifornien eingeführte Modell der »Nurse-to-Patient-Ratios«. Allerdings gibt es in den verschiedensten Ländern eine Vielzahl unterschiedlicher Konzepte, die gesetzlich und betrieblich umgesetzt worden sind (Simon 2017).

Die unterschiedlichen Modelle reichen von einfachen Richtlinien, die Unternehmen als Kalkulationsgrundlagen verwenden, über Tarifverträge mit Interessenvertretungen auf betrieblicher und auf der Ebene von Sektoren bis hin zu Personalvorgaben, die gesetzlich sanktioniert sind und solchen, die zudem noch tarifvertraglich weiterentwickelt und betriebsbezogen konkretisiert werden konnten. Dies zeigte Jane Lawless an zwei exemplarischen Beispielen. Sie verwies im ersten Fall auf Australien. Hier wurde im Bundesstaat Victoria der »Safe Patient Care Act« als Teil eines Rahmentarifvertrages für Pflegepersonal in öffentlichen Krankenhäusern eingeführt, nachfolgend gesetzlich festgeschrieben und durch eine Verordnung geregelt. Im Zentrum des Gesetzes steht die Vorgabe von »Nurse-to-Patient-Ratios«. Die Verhältniszahlen sind sowohl nach Versorgungsstufen, der Art der Abteilung als auch nach Arbeitsschichten differenziert. Definiert werden »Mindestanforderungen«. Betont wird, dass Krankenhausleitungen mit dem Gesetz nicht daran gehindert sind, für die Beschäftigten vorteilhaftere Regelungen umzusetzen. Die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben gilt nicht nur für die vorhandenen, sondern auch für die erwarteten Patienten. Das heißt: Zusätzliche Betten dürfen nur belegt werden, wenn ausreichend Pflegekräfte vorhanden sind, um die Vorgaben einzuhalten.

Bei der Kontrolle und Einhaltung des Gesetzes wird das Pflegepersonal eingebunden und die Nichteinhaltung der Vorgaben führt zu Sanktionen bis hin zu Zivilstrafen. Die Regelung der Personalvorgaben wird zudem durch begleitende Maßnahmen z.B. die Förderung von Berufsrückkehrerinnen, durch Weiterbildungs- oder Werbemaßnahmen zur Nachwuchsgewinnung unterstützt.

Ein zweites Beispiel für gesetzlich geregelte »Nurse-to-Patient-Ratios« berichtete Jane Lawless aus Wales. Hier wurde 2014 in das Regionalparlament eine »Safe Nurse Staffing Levels Bill« eingebracht. Das Gesetz zielte darauf ab, alle Einrichtungen des nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) in Wales zu verpflichten, den Patienten zu jeder Zeit eine sichere, wirksame und qualitativ gute Pflege zu bieten. Auch hier sollte die Umsetzung über eine Durchführungsverordnung geregelt werden, die Vorgaben formulierte zu den eingesetzten Methoden und Instrumenten der Berechnung von Personalstandards, zu empfohlenen Mindeststandards und Bestimmungen und die Vorgaben enthielt über den erforderlichen Qualifikationsmix oder zu Fragen der Transparenz und zu Veröffentlichungspflichten.

Das Gesetz wurde zwar 2016 verabschiedet, jedoch mit weitgehenden Änderungen. Es enthält jetzt nur noch eine allgemeine Verpflichtung für die Krankenhäuser eine ausreichende Zahl von Pflegekräften vorzuhalten. Dahinter steht keine verpflichtende Verhältniszahl mehr. Damit ist infrage gestellt, ob das Gesetz überhaupt eine nennenswerte Auswirkung auf die Personalbesetzung entfalten kann. Allerdings ist für Großbritannien insgesamt festzuhalten, dass es unterhalb gesetzlicher Regelungen auf betrieblicher Ebene und initiiert durch die Gewerkschaften durchaus Konzepte im Rahmen des National Health Service (NHS) gibt, Personalvorgaben zu regeln und Mindeststandards festzulegen. Desweiteren unter-

schied Jane Lawless zwischen »Nurse-to-Patient-Ratios«, die die Verpflichtung der Krankenhäuser beschreiben, eine durch Verhältniszahlen definierte Personalbesetzung für die verschiedenen Arbeitsschichten vorzuhalten und »Nurse-to-Bed-Ratios«, die Vorgaben auf der Grundlage der Zahl der aufgestellten oder durchschnittlich belegten Betten definieren. Das letztgenannte Modell weist aus ihrer Sicht einige Defizite auf, da in der Regel die im Stellenplan vorgesehene Zahl der Beschäftigten nicht identisch ist mit der tatsächlich notwendigen Personalbesetzung pro Schicht.

Insgesamt kann aus dem Vortrag von Jane Lawless festgehalten werden: International stehen mit »Nurse-to-Patient-Ratios« und »Nurse-to-Bed-Ratios« zwei unterschiedliche Systeme zur Regulierung von Personalvorgaben auf der Tagesordnung, die, wenn gesetzlich geregelt, betrieblich weitergehend konkretisiert werden können. Verpflichtende gesetzliche Regelungen werden in der Regel in die nationalen Gesundheitssysteme und ihre Finanzierung eingepasst. Alle Ansätze formulieren das Ziel einer guten Patientenversorgung bei gleichzeitig ausreichendem Personal und guten Arbeitsbedingungen. Gesetzliche Personalvorgaben stellen einen Mindeststandard dar und dürfen nicht zum Optimum erklärt werden. Und außerdem: Personalvorgaben im Sinne guter Arbeit bedeutet gleichzeitig, diese mit anderen Maßnahmen der Anwerbung und Bindung von Personal, des Arbeitsschutzes oder der Personalentwicklung zu verknüpfen.

Ausgehend vom Beitrag von Lawless stellte Ivana Břeňková, die stellvertretende Vorsitzende der Gewerkschaft der Beschäftigten in den Gesundheits- und Sozialdiensten (OSZSP) in Tschechien das System der gesetzlichen Personalbemessung in ihrem Land vor. Es handelt sich hier um ein »Nurse-to-Bed-Ratios« und basiert auf dem »Labour Code«,

dem Arbeitsgesetzbuch der Tschechischen Republik. Neben anderen Punkten des Arbeitsrechtes enthält das Arbeitsgesetzbuch auch Regelungen zur Sicherheit und zum Gesundheitsschutz von Beschäftigten. Es verpflichtet Gewerkschaften und Arbeitgeber zu Themen der Prävention und Sicherheit am Arbeitsplatz zu kooperieren.

In Tschechien gibt es zum »Labour Code« seit 2012 eine Verordnung, die Personalvorgaben für das Gesundheitswesen regelt. Dazu gehört z. B. die ambulante Versorgung, die Krankenhauspflege, Rettungsdienste, der Transport von Patienten oder die häusliche Pflege. Dem tschechischen »Nurse-to-bed-Ratios« werden 30 Betten auf Normalstationen zugrunde gelegt. Abweichungen in der Bettenzahl sind bei Spezialisierungen z.B. der Intensivversorgung, Operationsteams oder bei Besonderheiten in den Behandlungen möglich. Je nach Abteilung werden die zu leistenden Tätigkeiten charakterisiert und die Besetzung erfolgt nach erforderlichen Qualifikationen. Durchschnittlich gilt: 30 Betten werden von 3 Fachpflegekräften und 8 Pflegehelfer*innen versorgt, ergänzt durch Personal aus dem Bereich technische Assistenz und Service. Das ist der Mindeststandard.

Die Erfahrungen aus den Krankenhäusern aber zeigen, so Ivana Břeňková, dass dieser gesetzliche Personalschlüssel nicht ausreicht bzw. von den Arbeitgebern nicht eingehalten wird. Arbeitgeber ersetzen oftmals qualifizierte Fachpflege durch Assistenzkräfte mit einem niedrigeren Einkommen. Oder, um Kosten zu sparen, müssen Pflegekräfte Aufgaben übernehmen, die nicht in ihr Tätigkeitsfeld fallen und dies oftmals ohne eine ausreichende Ausbildung bzw. Fort- und Weiterbildung für die ihnen übertragenen Aufgaben. Insbesondere weist sie auf eine erhebliche Lücke bei OP-Schwestern hin, die unter großem Druck arbeiten. Angesichts

des Fachkräftemangels in Tschechien sind Krankenhäuser dazu übergegangen, Fachkräfte aus anderen Häusern mit dem Versprechen einer individuellen Bonuszahlung abzuwerben.

Aktuell findet in Tschechien eine Reform des Krankenhaussektors mit dem Ziel statt, die Krankenhausversorgung zu konzentrieren und die Zahl der Krankenhäuser zu reduzieren. Dies hat Auswirkungen auf die Zahl der Beschäftigten und die Arbeitsbedingungen. Von Seiten der Gewerkschaften wurde der zuständige Minister zwar immer wieder zu Verhandlungen aufgefordert, die aber mit der Begründung abgelehnt wurden, dass Arbeitgeber und Krankenversicherung mit den vorgegebenen Mindeststandards über eine ausreichende Kalkulationsgrundlage verfügten. Ivana Břeňková spricht damit – wie schon Jane Lawless – zwei Problemstellungen an: Einerseits geben »Nurse-to-Bed-Ratios« die Realität unzureichend wieder und andererseits können Mindestverhältniszahlen in der Pflege von Seiten der Arbeitgeber im Sinne eines »Optimums« ausgelegt werden. Unter Einhaltung der gesetzlich verankerten Personalvorgaben wird auch in Tschechien von den Gewerkschaften zusätzlich auf die Flankierung von Personalvorgaben durch weitere, den Arbeitsplatz beeinflussende Aktivitäten gesetzt. So sind die Bemühungen darauf gerichtet, das Entgeltssystem der Angestellten zu verändern, um damit schrittweise auch die Situation von Pflegekräften zu verbessern. Auch wird eine Reform der Krankenpflegeausbildung angestrebt, die mehr Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Qualifikationsgruppen ermöglichen soll.

Der Beitrag von Ivana Břeňková zeigt, wie vielschichtig die derzeitigen Problemstellungen in den Krankenhäusern und rund um das Thema Personalbemessung sind. Auch in Deutschland stellt sich immer wieder die Frage nach der Verbesserung der Attrak-

tivität des Pflegeberufes, es wird Unzufriedenheit mit den beruflichen Möglichkeiten festgestellt und auch die Kritik an dem derzeitigen Bildungssystem sowie die Anforderungen an den Pflegeberuf sind im deutschen Kontext relevant. Alles das hat Einfluss auf die Motivation und die Zufriedenheit von Pflegekräften, deren Tätigkeit bis hin zur Qualität der Versorgung. Deutlich wird an dem Beitrag von Ivana Břeňková zudem: Die belastenden Arbeitsbedingungen sind der Kern des Problems. Strategien der Personalbemessung können deshalb nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn sie durch Initiativen in den Bereichen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung, Arbeitszeitgestaltung oder Qualifizierung und Personalentwicklung begleitet werden.

Welchen Einfluss kann die Landespolitik in Deutschland auf die Gestaltung von Personalvorgaben nehmen? Mit dieser Frage setzte sich Uwe Schmid auseinander, der in der Senatsverwaltung des Landes Bremen im Bereich der kommunalen Krankenhäuser tätig ist. Seine Ausführungen basieren auf dem Koalitionsvertrag des Landes Bremen (2015), der u. a. Forderungen zur Ausdifferenzierung der Personalkosten sowie nach einer verbindlicheren Personalbemessung beinhaltet. Er betont die Notwendigkeit eines gemeinsamen, übergeordneten Ziels, in dessen Sinn die verschiedenen gestaltenden Akteure in den Krankenhäusern an einem Strang ziehen sollten. Hier sieht er auch eine zentrale Rolle für die Gewerkschaften.

Der Klinikverbund in Bremen orientiert sich, so Schmid, an zwei Kennzahlen für die Personalbemessung: Die Pflegepersonal-Regelung aus den 90er Jahren, die heute mit 70 Prozent der damaligen Werte in den Krankenhäusern für die Personalbemessung zugrunde gelegt wird sowie an Richtwerten, die die Personalkosten(anteile) aus Fallpauschalen auf der Basis der Daten des »Insti-

tuts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)« berücksichtigen. Hier handelt es sich ebenfalls um »Nurse-to-Bed-Ratios«. Schmid geht davon aus, dass diese beiden Kennziffern von der Mehrheit der deutschen Krankenhäuser genutzt werden und sich so als Orientierungspunkte zur Personalbemessung generalisieren lassen.

Aus den Erfahrungen im Klinikverbund Bremen lässt sich schließen, dass beide Kennziffern nicht zu einer ausreichenden Personalausstattung in den Krankenhäusern beitragen und die Realität nicht widerspiegeln. Denn festzustellen sind nach Schmid: Ein Ungleichgewicht in der Personalstruktur mit einem hohen Durchschnittsalter (49 Jahre), ein Missverhältnis in der Relation von Ärzten zu Pflegekräften, ein Mangel an Personal im Bereich der Fachpflege sowie Probleme in der Stellenbesetzung. Dies hat zur Folge, dass der Einsatz von Leiharbeitskräften steigt, eine höhere Arbeitsbelastung und steigende Krankheitsraten für das bestehende Personal festzustellen sind, aber auch Einbußen im Leistungsspektrum der Krankenhäuser bis hin zu Stationsschließungen in Kauf genommen werden mussten. Vor diesem Hintergrund sind die Forderungen von Uwe Schmid für die Weiterentwicklung der Beschäftigung in den Krankenhäusern:

- Als wichtigste Stellschraube geht es in den Krankenhäusern um effektive Ansätze zur Personalgewinnung und -bindung. An dieser Stelle haben die Krankenhäuser selbst einen großen Gestaltungsspielraum. Sie können über die zur Verfügung stehenden Instrumente der Personalentwicklung und -einsatzplanung ihre Personalstrukturen entwickeln. Dazu gehören die Dienstplangestaltung, die Förderung von individuellen Karrierezielen sowie von beruflichen Möglichkeiten durch Weiterbildung und Spezialisierung, die Verbesserung der Arbeitsumgebung und der Arbeitsbedingungen wie auch Angebote im Bereich
- der Work-Life-Balance für die Beschäftigten.
- Er plädiert zum zweiten für eine verbesserte Personalbemessung in den Krankenhäusern, die über die oben beschriebene verbesserte Abbildung in den DRG's hinausgeht und sich in Abhängigkeit der verschiedenen Disziplinen und Stationsausstattungen bemessen sollte. Dies bedeutet, dass das unterschiedliche Risikoprofil von Patienten auf den Stationen als auch der Qualifikationsmix (Skill-Mix) des Personals auf den Stationen zu berücksichtigen ist. Diese Forderung richtet sich zunächst an die Verantwortlichen in den Krankenhäusern, die im Sinne einer guten Versorgung für eine adäquate Qualität und Sicherheit der Patienten zu sorgen haben. Die Krankenhäuser können dies jedoch nicht alleine sicherstellen. Diese Aufgabe bedarf unterstützender rechtlicher wie auch finanzieller Rahmensetzungen zur Personalbemessung durch Regierungen und weitere Akteure.
 - Im Sinne der Daseinsvorsorge fordert er zum Dritten, dass als Kriterium für eine gute Gesundheitsversorgung die Qualität der Beschäftigung und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten als ebenso wichtig zu erachten sind wie die Qualität der Patientenversorgung. Diese Aussage deckt sich ebenfalls mit vielen Studien (vgl. z. B. Aiken et al. 2014), die zeigen, dass die Qualität der Arbeitsumgebung sowie die Zufriedenheit bzw. die Belastung des Pflegepersonals einen signifikanten Einfluss auf die Versorgungsqualität haben und daher Berücksichtigung finden sollten.

Festgehalten werden kann an dieser Stelle, die Pflegepersonal-Regelung aus den 90er Jahren und auch die Ermittlung der Personalkostenanteile mit Hilfe der Fallpauschalen sind im Kern als »Nurse-to-Bed-Ratios« zu charakterisieren. Sie sind eine Methode der Personalbedarfsermittlung, die die Ermittlung

des notwendigen Personals auf der Grundlage der Zahl der durchschnittlich belegten Betten vorgeben. Berücksichtigt wird bei diesem Konzept die Gesamtzahl des Personals in einer Einheit und vernachlässigt werden vor allem die Netto-Arbeitszeit und die Schichtarbeit. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, wenn auch Uwe Schmid für eine bessere Personalausstattung in den Krankenhäusern plädiert. Werden jedoch seine Vorschläge betrachtet, so sieht er zwar die Notwendigkeit von normativen Vorgaben von Seiten des Gesetzgebers, die Verantwortung für deren Umsetzung sieht er jedoch auf der betrieblichen Ebene, bei den Arbeitgebern und ihren umfassenden Möglichkeiten der Personalentwicklung.

2.2. Betriebliche Umsetzung von Personalvorgaben

Über gesetzliche Regelungen können die Rahmenbedingungen von Personalvorgaben grundsätzlich definiert und abgesteckt werden. Wie die Beiträge von Břeňková und Schmid aber auch deutlich machen konnten, kommt es auch auf die betriebliche Umsetzung, die Einbindung in die betriebliche Realität an, sollen die von Lawless skizzierten Interessen an einer optimalen Behandlungsqualität, guten Arbeitsbedingungen und optimalem Ressourceneinsatz und/oder Gewinnerwartungen auch erreicht werden. Die Notwendigkeit, Personalvorgaben betrieblich durchzusetzen, ordnen sich in dieses Spannungsverhältnis ein. Die Schlüssel für eine gute betriebliche Umsetzung von Personalvorgaben hat noch einmal Jane Lawless definiert. Sie geht davon aus, dass gesetzliche Regulierungssysteme dann tragfähig und effektiv im Betrieb umgesetzt werden können, wenn es Beschäftigten möglich ist, eine qualitative und gute Arbeit zu erledigen für die Standards vorliegen, die von den Beschäftigten akzeptiert sind, transparent und kontrollierbar

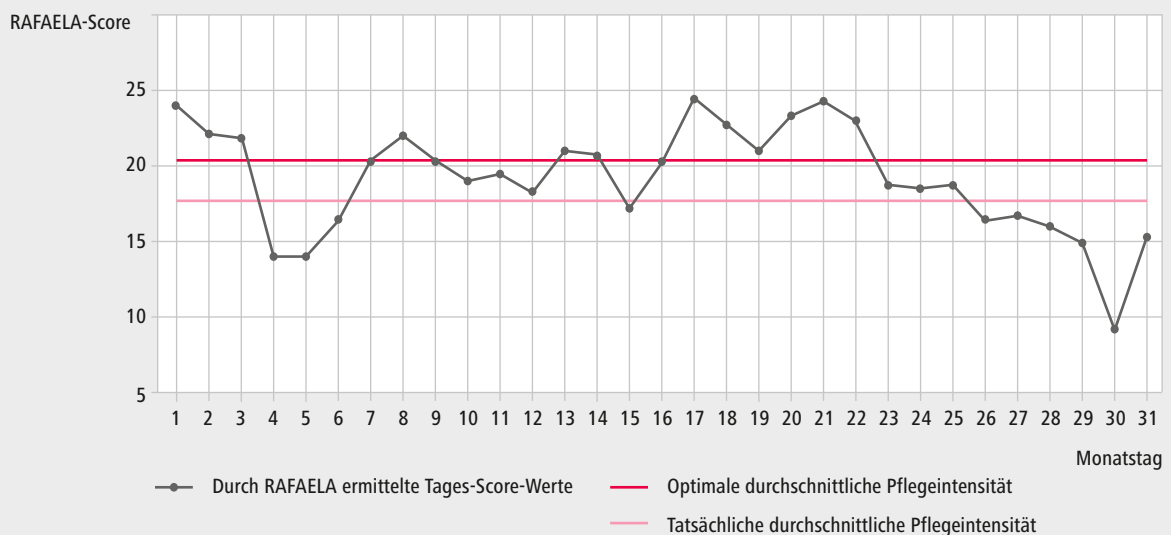
sind. Dazu ist es nach ihren Aussagen notwendig, dass Beschäftigte und ihre Interessenvertretungen so viel wie möglich über sichere und effektive Personalbemessungssysteme und ihre Rahmenbedingungen wissen. Dazu sind die Kriterien und Kennziffern zu klären, die in entsprechende Instrumente einfließen. So ist z. B. bei der Umsetzung von »Nurse-to-Patient-Ratios« zu beantworten, welche technischen und organisatorischen Voraussetzungen für eine optimale Patientenversorgung auf einer Station bereitzuhalten sind, welcher Personal- und Qualifikationsmix eine gute Pflege zulässt und wie »optimale Standards« kontinuierlich, das heißt bestenfalls in jeder Schicht zu jeder Tageszeit auch realistisch umzusetzen sind. Diese Fragen der betrieblichen Umsetzung sind in den Beiträgen aus Finnland und Österreich während unseres Workshops behandelt worden. Petra Kokko, Direktorin der »Social and Healthcare Management Services-FCG Consulting« präsentierte »RAFAELA«, das Bemessungssystem für den Einsatz von Pflegekräften aus Finnland. Josef Zellhofer aus Österreich stellte das Personalentwicklungskonzept des »Wiener Allgemeinen Krankenhauses (AKH)« vor.

»The right nurses in the right place at the right time« oder die »richtige Pflegekraft am richtigen Ort zur richtigen Zeit« so hat Petra Kokko ihren Beitrag zur betrieblichen Umsetzung von Personalvorgaben im Krankenhaus überschrieben. Das RAFAELA-System basiert auf einem »Nurse-to-Patient-Ratios«-Konzept und ist ein Patientenklassifikationssystem. Es liefert Informationen über den Bedarf eines Patienten an individueller Pflege, die dazu benötigten Pflegekräfte, deren Produktivität und die anfallenden Pflegekosten. Diese Informationen dienen im Krankenhaus der Einschätzung der Pflegequalität, der Personalplanung und Arbeitsorganisation sowie zur Steuerung im Rahmen des Pflegemanagements und der Kostenerfassung, indem die beschriebenen Pflegebedarfe in monetären Gegenwerten bewertet

werden. Die notwendigen Informationen und Daten werden durch ein einfaches Informations- und Dokumentationssystem ermittelt, für unterschiedliche Kennziffern aufbereitet und stehen Klinikbetrieb und Verwaltung zur Verfügung. Die für die Personalbemessung notwendigen Daten werden parallel zur Aufnahme eines Patienten oder einer Patientin elektronisch erhoben und nach bestimmten Kennziffern ausgewertet. Als eine Besonderheit kommt hinzu, dass der Pflegeaufwand für die Patienten sowie der davon abgeleitete Pflegebedarf von den Pflegekräften selbst eingeschätzt und beurteilt wird. Dies geschieht auf der Basis eines definierten Standards guter Arbeit für die Abteilung. Die sich daraus

ergebende Zahl notwendiger Pflegekräfte als auch weitere Ressourcen für eine gute Pflege werden dann mit dem Management abgeglichen. Dahinter steht in Finnland die Erfahrung, dass die Beteiligung von Pflegekräften an der Gestaltung ihrer Arbeit zu einer besseren Pflegequalität und zu einer höheren Arbeitsmotivation führt. Hinzu kommt, dass es bei diesem System der Personalbemessung darum geht, ein Optimum auf der Basis von guter Qualität und nicht auf der Basis von Kosten für das Krankenhaus zu kalkulieren. Denn dies würde, wie bereits anhand der gesetzlichen Konzepte gezeigt, wiederum zu einer Begrenzung im Personaleinsatz führen. Vielmehr werden in RAFAELA die Besonderheiten einzelner Stationen bzw. Abteilungen an jedem Tag abgebildet:

**Abbildung 7: Pflegeintensität pro Pflegekraft pro Tag
Beispiel für die Ermittlung**



Quelle: Petra Kokko, RAFAELA-Auswertung

Anhand dieser Kriterien werden die Patienten nach einem Score-Wert eingestuft, einer Matrix, die von der Ernährung, Körperpflege bis hin zur emotionalen Betreuung den Pflegebedarf abbildet. Eine Überprüfung und Nachsteuerung dieses Systems ist jederzeit möglich. In der Regel wird die Effektivität des Systems alle zwei Jahre auf ihre Aktualität überprüft und wenn nötig angepasst. Laut Kokko handelt es sich um ein validiertes, gut funktionierendes System, das in 19 der 21 Krankenhausbirke in Finnland eingesetzt wird. Es wird zurzeit in Island als auch testweise in den Niederlanden auf über 900 Stationen erprobt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Hinter dem Konzept RAFAELA steht der Grundsatz »mit allen geeigneten Mitteln« eine gute Gesundheitsversorgung für die Patienten sicherstellen zu wollen. Ein Grundsatz, der in Deutschland von den Unfallversicherungen in ihren Kliniken umgesetzt wird. Die Vorteile von RAFAELA liegen in der Beteiligungsorientierung, der leichten Handhabbarkeit und in der Transparenz des Systems. Es liefert Einblicke in die Pflegeorganisation, das Führungsmanagement, die Arbeitsteilung wie auch in die direkte Pflegearbeit. Als Nachteile sind der doch erhebliche Arbeitsaufwand für die Datenerhebung und die Justierung des Systems in der Einführungsphase zu nennen, wie auch die Investitionskosten, die für die Systemeinführung nicht unerheblich sein dürften.

Wenn ein solches System auf Deutschland übertragen werden sollte, müssten folgende Fragen Beachtung finden: Was passiert wenn die Pflegeintensität (»nursing intensity«) über dem Optimum liegt? Bekommen die Patient*innen wirklich die Ressourcen, die für sie individuell kalkuliert wurden und wie wird das Optimum bestimmt.

Zu diesen Fragen lassen sich auf der Basis von wissenschaftlichen Studien einige Antworten finden (Junttila et al. 2016). Im Gegensatz zur Durchführbarkeit, Sicherheit und Aussagekraft des RAFAELA-Instrumentes auf die Ist-Situation wurde bisher der prognostische Gehalt des Instrumentes noch nicht ausreichend getestet. Hier geht es um die Überprüfung, ob das System wirklich zu verbesserten Patientenergebnissen führt, wenn die Patientenbedürfnisse und Pflegeressourcen optimal aufeinander abgestimmt sind. Im Ergebnis fanden Junttila et al. heraus, dass es in den zwei finnischen Studienkrankenhäusern auf den 34 untersuchten Stationen tatsächlich zu signifikant weniger Sterbefällen gekommen ist. Diese Beobachtung gibt zwar Hinweise auf die gute Wirksamkeit des Systems; allerdings müsste sie in größer angelegten Studien wiederholt und auf weitere, bestenfalls pflegesensitive Indikatoren wie z. B. Dekubitus, Stürze oder Pneumonie ausgeweitet werden.

Das zweite Beispiel für die Umsetzung von Personalvorgaben im Betrieb stellte Josef Zellhofer vor. Er ist Bundesvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft (ARGE) für Gesundheits- und Sozialberufe im Österreichischen Gewerkschaftsbund (ÖGB). Das von ihm vorgestellte Projekt zur Personalbedarfsplanung und zum Personaleinsatz wird im »Wiener Allgemeinen Krankenhaus« (AKH) umgesetzt. Hierbei handelt es sich um ein Universitätsklinikum. Es ist eines der größten Krankenhäuser Europas und das größte in Österreich. An dem Projekt beteiligt sind die Geschäftsleitung, die Führungskräfte der verschiedenen Kliniken und Abteilungen, Beschäftigte, betriebliche Interessenvertretungen und der ÖGB. Die Projektsteuerung liegt bei einem Beratungsunternehmen.

Anlass für das Projekt – so Zellhofer – war die Erkenntnis, dass die bisherigen Personalstrukturen und das Personalmanagement nicht die neuen Anforderungen an Pflege abbilden und guter Arbeit gerecht

werden. Josef Zellhofer begründet dies u. a. mit der österreichischen Pflege-Personalregelung aus dem Jahr 1993, die mit Minutenwerten arbeitet, einer zunehmenden Leistungsverdichtung und Arbeitsteilung sowie steigenden Krankenständen im Bereich der Pflege. Zu den »neuen« Herausforderungen zählt er die Zunahme behandlungsintensiver chronischer Leiden, aufgrund der älter werdenden Bevölkerung, geriatrische und Mehrfacherkrankungen oder die Verkürzung der Verweildauer bei gleichzeitig steigendem Betreuungsbedarf. Aber auch – wie bereits von Schmid angesprochen – Veränderungen im Verhältnis von Ärzten und Pflegekräften und eine veränderte Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen, die Pflegekräften vielfältigere, komplexere und zeitintensivere Tätigkeiten abverlangen.

Die Berechnungen im Krankenhaus ergaben Personalfehlzeiten von bis zu 28 Prozent, deren Gründe im Ausgleich von Nacharbeit, Weiterbildung, sowie in Krankenständen zu suchen sind. Ziel des 2014 gestarteten Gesamtprojektes ist eine Effizienzsteigerung des Personaleinsatzes bei gleichbleibend hoher Qualität der Versorgung, und das bei einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit. Die Ermittlung des Personalbedarfs bzw. die Ableitung notwendiger Personalvorgaben erfolgt auf Grundlage eines »medizinischen Masterplans«. Dabei werden der Ermittlung der Personalvorgaben aktuelle rechtliche Entwicklungen, mögliche Betriebs- und Arbeitszeitmodelle und davon abgeleitete Personaleinsatzpläne zugrunde gelegt. Im Kern findet die österreichische Pflege-Personalverordnung aus 1993 Anwendung, auch wenn Zellhofer betont, dass im AKH bereits höhere Personalwerte zu Grunde gelegt wurden. Diese werden vom AKH seit 2002 vom »Österreichischen Normungsinstitut« übernommen. Das Personalbemessungssystem im Wiener Krankenhaus folgt damit dem Modell der »Nurse-to-Bed-Ratios« und ist mit dem von Schmid dargestellten deutschen Modell vergleichbar.

Die Präsentation von Josef Zellhofer gab einen umfassenden Ein- und Überblick über die umfangreichen planerischen und umsetzungsrelevanten Schritte auf dem Weg zu einem Instrument der Personalplanung. So wurden beispielsweise in der Startphase die Themen und die Auswahl der Kliniken, der Projektauftrag, das Projektteam und die Projektorganisation abgeklärt. Herauszustellen ist, dass das Projektteam begleitet wird durch ein »Reflexionsteam«, das vorrangig aus den Führungskräften der beteiligten Abteilungen des Krankenhauses besteht und einem »Partnerschaftsgremium«, an dem neben den Projektverantwortlichen aus den verschiedenen Abteilungen auch die Personalvertretung des Krankenhauses beteiligt ist.

Für den hier interessierenden Bereich der Personalbedarfsplanung wurde im Krankenhaus ein Vorgehen gewählt, das auf abgestimmten Leistungs- und Strukturdaten nach einem Ist-/Sollvergleich basiert. Erhoben wurden der Personalbestand und die Einsatzpläne der einzelnen Berufsgruppen wie auch die bestehenden Arbeitsstrukturen und -abläufe. Die Analyse der aktuellen Belegschaftsstruktur diente dazu, das gesamte Personal samt seiner Eigenschaften – wie z.B. Alter und Qualifikation – zu erfassen, um so Zielgruppen, Risiken und Handlungsbedarfe für eine verbesserte Personaleinsatzplanung zu ermitteln und um bedarfsgerechte Kalkulationen vornehmen zu können. In Verbindung mit den spezifischen Arbeitszeitmodellen der Abteilungen und Stationen ging es in der Umsetzungsphase darum, so Zellhofer, optimierte Arbeitszeitmodelle für einen bedarfsangepassten Einsatz von Mitarbeitern unter Einhaltung rechtlicher Vorgaben zu erstellen und umzusetzen. Dies impliziert ebenfalls, dass die Anzahl der Pflegekräfte je Berufsgruppe nach Schichten zu definieren ist.

Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse wurden in einem zweiten Schritt mit Führungskräften, Beschäftigten und Personalvertretungen abgestimmt. In der Umsetzung wird darauf geachtet, dass die Teilnehmer*innen der Untersuchung in den Umsetzungsprozess eingebunden werden, um die Akzeptanz der neuen Personalvorgaben und deren Umsetzung z.B. durch notwendige Qualifizierungsmaßnahmen zu erhöhen. Den Nutzen des Projektes sieht Josef Zellhofer vor allem in einer Personalbedarfsplanung, die auf Basis medizinischer Masterplandaten erhoben wurde, in dem optimalen Einsatz der zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen, in der Transparenz von Über- und Unterkapazitäten, in der Möglichkeit zukünftig benötigte Kompetenzen aufzeigen zu können, in der integrierten Planung des Personalbedarfs über die Berufsgruppen hinweg und in der Übersetzung der Ressourcenplanung in eine optimierte Personaleinsatzplanung. Das Projekt wird während der sechs Jahre dauernden Entwicklung und Umsetzung kontinuierlich evaluiert.

Das von Josef Zellhofer vorgestellte Projekt zur Personalbedarfsplanung und zum Personaleinsatz im AKH zeigte den komplexen Prozess einer Neujustierung der Personalbedarfsplanung in einem großen Krankenhaus. Deutlich wurden der Umfang an analytischen Schritten über Patientenaufkommen, spezifische Pflegebedarfe, die Arbeitsorganisation und Zusammenarbeit unterschiedlicher Abteilungen und Kliniken in einem Krankenhaus im Verhältnis zum vorhandenen Personal, ihren Qualifikationen, Tätigkeiten und vor allem zur Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung. Wichtig an diesem Projekt ist, dass Beschäftigte, betriebliche Interessenvertretungen und Gewerkschaft an allen Phasen der Entwicklung und Umsetzung der verschiedenen Maßnahmen beteiligt wurden. Zellhofer machte deutlich, dass ohne flankierende Maßnahmen der

Qualifizierung und der Gewinnung von Personal, eine Personalbedarfsplanung nicht umzusetzen ist. Aufgrund der Projektvorstellung nicht geklärt werden konnte, inwieweit zu den Kriterien der Personalplanung auch solche der Qualität der Pflege gehören oder ob nach Standards für eine gute Pflege gefragt wurde.

2.3. Personalvorgaben aus der Sicht der Wissenschaft

Aus der Perspektive der Wissenschaften setzte sich Bernard Braun von »SOCIUM - Zentrum für Sozialpolitik« der Universität Bremen mit den von Lawless präsentierten unterschiedlichen Regulierungsansätzen von Personalvorgaben und deren Umsetzung auseinander. Wenn auch die meisten Studien (z. B. Griffiths et al. 2016; 2014, Shekelle 2013 und Kane et al. 2007) zu dem Schluss kommen, dass eine höhere Personalbesetzung in der Pflege in der Regel mit einem verbesserten Nutzen für die Patientenversorgung einhergehe, so warnte Bernard Braun in seinen Ausführungen davor, Mindestverhältniszahlen in der Personalbesetzung – wie auch andere Referent*innen – als einzige Strategie oder Indikator für eine gute Versorgung und für gute Arbeitsbedingungen heranzuziehen. Er verwies dazu auf verschiedene Studien so z. B. Aiken et al. (2014), die herausfanden, dass eine Erhöhung der Personalbesetzung nur dann in Krankenhäusern zu einer verbesserten Versorgungsqualität führte, wenn diese bereits auf eine von Pflegekräften als gut eingeschätzte Arbeitsumgebung treffen.

Oder Cook et al. (2012), die zeigten, dass nach Einführung gesetzlicher Mindeststandards zwar die Personalbesetzung besser geworden ist, es allerdings keine nachweisbaren Effekte auf eine verbesserte Patientenversorgung gab. Und Shekelle (2013), die

keine verbesserte Versorgung im Bereich der pflegesensitiven Indikatoren wie z. B. Stürze, Dekubitus oder Harnwegsinfektionen aufgrund von höheren Personalzahlen nachweisen konnte.

Die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten insgesamt sind in den Blick zu nehmen sind – so Braun – um zu entlastenden Veränderungen zu kommen. Dies zeigt für ihn auch eine Studie von Squires et al. (2016), die den Einfluss auf die Produktion von pflegerischem und ärztlichem Personal auf Länder- und Gesundheitssystemebene untersucht haben. Sie konnten zeigen, dass gerade die Ausstattung der allgemein- und weiterbildenden Schulen eine entscheidende Determinante dafür bildet, wie viele Pflegekräfte in einem Land qualifiziert werden. Auch lässt sich ein positives Versorgungsergebnis dann feststellen, wenn die notwendigen Personalressourcen auf die Anforderungen von Patientenbedürfnissen abgestimmt werden. Denn ausreichende bzw. höhere Personalzahlen auf den Stationen und gleichzeitig besser ausgebildetes Personal ist adäquater in der Lage, Patienten sorgfältig zu überwachen, schneller auf Komplikationen zu reagieren und lebensrettende Maßnahmen einzuleiten (Neuraz et al. 2015, West et al. 2014). Dabei besteht die Herausforderung darin, dieses »matching« so effektiv und effizient wie möglich zu gestalten.

Bernard Braun bewertete die Diskussion um Personalvorgaben im Sinne der »Minimum Staffing Regulations«, das heißt der Vorschriften für eine Mindestpersonalausstattung wie in den USA oder Australien, eher zurückhaltend oder teilweise sogar kritisch. Hinzu kommt nach seiner Auffassung, dass die meisten der Studien Begrenzungen aufweisen, da sie keine eindeutigen Aussagen über eine positive oder negative Entwicklung hinsichtlich des Zusammenhangs von Versorgungsqualität und Beschäftigung zulassen. Wenn keine der Vorher-

Nachher-Studien zu den »Nurse-to-Patient-Ratios« in Kalifornien nennenswerte positive Wirkungen auf patientenbezogene Outcomes nachweisen konnten, aber sehr wohl auf die von den Pflegekräften wahrgenommene Arbeitsqualität, verdient dies Nachdenken über mögliche Gründe. Ein plausibler Grund könnte sein – so Braun – dass Pflegekräfte und Ärzte selbst unter schlechtesten Bedingungen versuchen, Patienten möglichst lange gut zu versorgen. Verändert sich die Personalbemessung positiv, verändert sich daher möglicherweise nicht viel bei den Patienten-Outcomes, aber umso mehr bei der Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen. Zu den Begrenzungen, die für weitere Forschungsarbeiten und für die politische Auseinandersetzung von Gewerkschaften zu diesem Thema zu beachten sind, gehören aus seiner Sicht vor allem folgende Aspekte:

- Es liegen zu wenig Längsschnittanalysen (z. B. vorher-nachher) und ebenso zu wenig kausale Analysen vor.
- Zu viele Querschnittuntersuchungen gehen lediglich auf die Personalausstattung und Patientenergebnisse in einer oder in nur wenigen Kliniken ein.
- Die meisten Studien mit morbiditätsbezogenen Patientenergebnissen konzentrieren sich auf nur wenige Ereignisse oder Folgen, was je nach Ereignis zu gegensätzlichen Ergebnissen führen kann.
- Gleichzeitig liegen nur wenige Untersuchungen vor, die sich auf Outcomes konzentrieren, die eindeutig mit der Tätigkeit von Pflegekräften in Zusammenhang stehen. Zu denken ist hier an pflegesensitive Outcomes wie Druckgeschwüre, Stürze, Harnwegsinfektionen und ähnliches.
- Nicht zuletzt werden oft die den Personaleinsatz modifizierenden Bedingungen des Krankenhaussystems vernachlässigt. Dazu gehören z. B. die Strukturmerkmale der Krankenhäuser, die Qualifikation der Pflegekräfte oder ihre Stellung im Behandlungsprozess hinsichtlich Hierarchie

und Autonomie aber auch die Arbeitsumgebung sowie soziale und gesundheitliche Merkmale der Patienten.

Aus dem Beitrag von Bernard Braun lassen sich folgende Empfehlungen für die Weiterarbeit im Rahmen der Forschung ableiten: Ein Plädoyer für Längsschnittstudien, bestenfalls mit den gleichen teilnehmenden Krankenhäusern. Zum zweiten für qualitative Ansätze, bei denen neben den Rahmenbedingungen des Krankenhauses auch einzelne Stationen untersucht werden. Zum Untersuchungsdesign sollte auch gehören, dass homogene Patientengruppen betrachtet werden und die Untersuchungsmethoden und -technik standardisiert sind. Weiterhin sollten verschiedene Begrenzungen aus den Querschnittuntersuchungen aufgehoben werden und z.B. Faktoren wie das ärztliche Personal und/oder der Skill-Mix auf den Stationen untersucht werden. Und nicht zuletzt gilt es, geplante Studien auf pflegerelevante Outcomes zu konzentrieren. Es gilt also aus den Fehlern der bisherigen Studien zu lernen und belastbare Ergebnisse zu produzieren, mit denen dann auch die Gesetzgebung und die betriebliche Umsetzung zum Thema Personalvorgaben beeinflusst werden kann.

2.4. Die gesetzliche und betriebliche Umsetzung von Personalvorgaben – Ergebnisse für die Gewerkschaften

Die Frage der Sicherung von Versorgungsqualität, nach guten Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und nach ausreichendem und qualifiziertem Personal durch gesetzliche oder betriebliche Personalvorgaben stellte den Spannungsbogen des Workshops dar. Aufgerufen war die Frage, welchen Beitrag diese Ansätze der Regulierung zur Lösung der oben beschriebenen Herausforderungen leisten können. Und aus einer gewerkschaftlichen Perspektive ist relevant, welche Ergebnisse für die weitere Entwicklung von Strategien und Vorgehensweisen zur Durchsetzung von Personalvorgaben sinnvoll zu nutzen sind. Festzuhalten sind vor allem folgende Botschaften:

- Die belastenden Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern sind der Kern des Problems und die derzeitigen Problemstellungen rund um das Thema Personalbemessung sind vielschichtig. In allen Ländern stellt sich immer wieder die Frage nach der Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufes, es wird Unzufriedenheit mit den beruflichen Möglichkeiten festgestellt und auch Kritik an der Ausbildung und Qualifizierung geübt. All das hat Einfluss auf die Motivation oder Zufriedenheit von Pflegekräften, auf deren Tätigkeit und auf die Qualität der Versorgung.
- Die auf Verhältniszahlen beruhenden Überlegungen sind die beste Option um Personalvorgaben durchzusetzen. Dabei lassen sich mit »Nurse-to-Patient-Ratios« und »Nurse-to-Bed-Ratios« zwei unterschiedliche Regulierungskonzepte unterscheiden. Hinsichtlich der Durchsetzbarkeit ist deutlich geworden, dass allein betriebliche Ansätze nicht ausreichen, um dem Problem einer unzureichenden Personalausstattung zu begegnen. Der Markt richtet es eben nicht.

Wie in der Debatte deutlich geworden ist, konnten Personalvorgaben in den Ländern erfolgreich umgesetzt und zusätzlich durch bessere tarifliche Lösungen flankiert werden, in denen von Seiten des Staates »Mindestbedingungen« vorgegeben waren. Diese sind aber auch in der betrieblichen Realität zu leben – wie das Beispiel aus Tschechien zeigt.

- Die Debatte zeigte auch, das »Nurse-to-Patient-Ratios« der Vorzug zu geben ist. »Nurse-to-Bed-Ratios«, die beispielsweise in Deutschland oder Österreich mit der jeweiligen Pflegepersonal-Regelung als Kalkulationsgrundlage und Orientierungswerten aus den DRG's Anwendung finden, ermitteln das notwendige Personal auf der Grundlage der Zahl der durchschnittlich belegten Betten. Hinter »Nurse-to-Patient-Ratios« steht dagegen eine deutliche Patienten- und Beschäftigtenorientierung mit der Frage nach dem individuellen Behandlungsbedarf der Patienten und den dafür notwendigen Ressourcen auf Seiten der Pflegekräfte. Dies folgt dem Grundsatz »mit allen geeigneten Mitteln« eine gute Gesundheitsversorgung für die Patienten sicherstellen zu wollen.
- Wenn die belastenden Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern der Kern des Problems sind, ist es für eine erfolgreiche Strategiebildung politisch und betrieblich wichtig, das Thema der Personalbemessung mit weiteren Gesichtspunkten guter Arbeit zu kombinieren. Dazu gehören vor allem der Arbeits- und Gesundheitsschutz, die Qualifikation und betriebliche Personaleinsatzstrategien. Über das Instrument der Personalvorgaben sind so auch andere Bereiche von Technik, Arbeitsorganisation und Personaleinsatz im Betrieb »neu« zu gestalten.
- Die Einführung einer neuen Personalplanung im Betrieb bedeutet einen erheblichen Umfang an analytischen Schritten und das Auflegen eines differenzierten Umsetzungsprojektes. Dies zei-

gen sowohl die wissenschaftlichen Studien, die mit ihrem Untersuchungsdesign immer wieder an ihre Grenzen stoßen als auch die beiden vorgestellten betrieblichen Beispiele. Zu berücksichtigen sind Kennziffern und Kriterien, die sich beispielsweise aus dem Patientenaufkommen, spezifischen Pflegebedarfen, der Arbeitsorganisation und Zusammenarbeit unterschiedlicher Abteilungen und Kliniken in einem Krankenhaus speisen. Diese sind dann in ein Verhältnis zu setzen zum vorhandenen Personal, ihren Qualifikationen, Tätigkeiten, Einsatzgebieten und vor allem zur Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung. Um eine Orientierung der Personalbemessung an Kriterien guter Arbeit zu erreichen kommt es darauf an, nach dem individuellen Pflegebedarf von Patienten und den Ressourcen zu fragen, die für eine qualitativ gute Pflege notwendig sind.

- Wie das Modell RAFAELA zeigt, ist die Einbindung von Personalvorgaben in die Krankenhaussteuerung in den Bereichen Finanzierung, Pflegeorganisation, Führungsmanagement, die Arbeitsteilung wie auch in die direkte Pflegearbeit möglich. Für gewerkschaftliche Interessenvertretungen ist es unerlässlich, sich in diesen Prozess der betrieblichen Umsetzung einzumischen und die Berechnungssysteme für Personalvorgaben zu kennen. Für eine Veränderungsperspektive sind belastbare, aktuelle Zahlen vorzuweisen und diese mit betrieblichen Erfahrungen über Belastungen bzw. wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Fragen der Versorgungsqualität zu verbinden. Das heißt, es gilt in Netzwerken zwischen Wissenschaft und Praxis zu arbeiten.
- Gerade hinsichtlich der Umsetzung, der optimalen Gestaltung wie auch hinsichtlich der Ergebnisse für »gute Arbeit« durch Personalvorgaben sind noch viele Fragen offen und der Forschungsbedarf groß. Notwendig sind vor

allem Längsschnittstudien, bei denen, neben den Rahmenbedingungen des Krankenhauses, auch einzelnen Stationen untersucht werden. Zum Untersuchungsdesign sollte gehören, dass homogene Patientengruppen betrachtet, Faktoren wie das ärztliche Personal und/oder der Skill-Mix auf den Stationen oder pflegerelevante Outcomes untersucht werden.

Vor diesem Hintergrund stehen die Gewerkschaften in Europa mit der Debatte um angemessene Personalvorgaben vor allem vor der Herausforderung, den Abwärtstrend von vermeintlich wirtschaftlichen Notwendigkeiten und der Steigerung der Belastung der Beschäftigten bis hin zur »gefährlichen Pflege« zu durchbrechen. Gerade die Durchsetzung von Personalvorgaben im Krankenhaussektor basiert auf grundlegenden gewerkschaftlichen Vorstellungen der Sicherung von Einkommen, der Gestaltung der

Arbeitsbedingungen und dem Schutz der Beschäftigten vor prekärer und belastender Arbeit und leistet gleichzeitig einen Beitrag zur Anwerbung und Bindung dringend benötigter Pflegefachkräfte. Der zweite Aspekt resultiert aus dem festgestellten Fachkräftemangel im Gesundheitswesen überall in Europa. Eine bessere Personalausstattung ist ein Zukunftsprojekt im Krankenhausbereich. Sie kann einen Beitrag zur Anwerbung und Bindung von mehr Personal für die Pflege leisten. Sie kann dazu beitragen, die Ausübung des Pflegeberufs für die hier Beschäftigten wieder attraktiver zu machen. Und sie kann zur Entlastung der Pflegekräfte in den Krankenhäusern beitragen. Damit wird es den Pflegekräften ermöglicht, länger als bisher im Beruf zu bleiben – und dies ohne (große) gesundheitliche Beeinträchtigungen. Auch drückt eine verbesserte Personalausstattung eine erhöhte gesellschaftliche Wertschätzung für die Pflegenden aus.

3 Gewerkschaftliche Strategien zur Umsetzung der Regulierung von Personalvorgaben

Im zweiten Teil des Workshops ging es um die bisherigen Erfahrungen der Gewerkschaften bei der Durchsetzung einer gesetzlichen und betrieblichen Regelung von Personalvorgaben. Wenn es gilt Herausforderungen, Botschaften und Herangehensweisen für gewerkschaftliches Handeln zu klären, ist vor allem nach den politischen und betrieblichen Ansatzpunkten, strategischen Orientierungen und nach erfolgreichen Modellen der Durchsetzung von Personalvorgaben durch die Gewerkschaften zu fragen.

3.1. Anforderungen an eine »road-map« gewerkschaftlichen Handelns

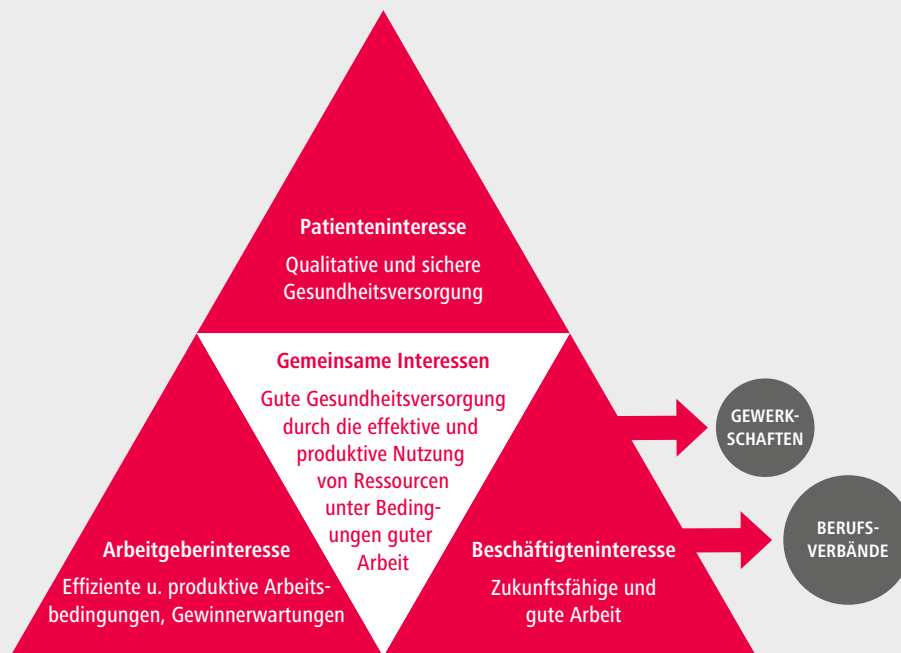
Die Frage nach erfolgreichen von den Gewerkschaften getragenen Umsetzungsmodellen lässt sich eindeutig mit »ja« beantworten. Um weitere Fragen zu beantworten, wurden exemplarisch zwei Beispiele vorgestellt. Das Vorgehen von UNISON aus Großbritannien und ver.di aus Deutschland. Zunächst jedoch noch einmal Jane Lawless zu grundsätzlichen Aspekten der Durchsetzung von Personalvorgaben.

»There is power in a union«, so überschrieb Jane Lawless ihre Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit Gewerkschaften, die eine Regulierung von Personalvorgaben in ihren Ländern und im Betrieb durchgesetzt haben. Die »power« machte sie im ersten Schritt an der Auswertung des Fragebogens deutlich, der im Vorfeld des Workshops an die Teilnehmer*innen versendet worden war. Beteiligt haben sich an dieser gezielten Befragung 16 Gewerkschaften aus 13 Ländern. Von diesen haben 75 Prozent angegeben, dass sich ihre Gewerkschaft mit der Durchsetzung von

Personalvorgaben befasst und beteiligt ist an der Definition und Durchsetzung solcher Vorgaben. Ebenso viele unterstrichen, dass die gewerkschaftlichen Aktivitäten einen erheblichen Einfluss haben, ob und wie ein entsprechendes System umgesetzt werden kann. Alle unterstrichen, dass Personalvorgaben sich positiv auf die Betreuung der Patienten und die Versorgungsqualität auswirken und nachhaltige Wirkung im Personalbestand und im Bereich der Anwerbung und Bindung von Personal in den Betrieben leisten. Den optimalen Weg sehen die meisten in der Verbindung von gesetzlichen Vorgaben und weiterreichenden, an die betriebliche Situation angepassten tariflichen Regelungen.

Im zweiten Schritt zog Jane Lawless ein Resümee über erfolgreiche Strategieansätze der Gewerkschaften: Ihr Ansatzpunkt sind die Interessen der Beschäftigten an einer guten Entlohnung und guten Arbeitsbedingungen. Aus der Perspektive der Regulierung von Personalvorgaben gilt es als Erfolg, wenn es Beschäftigten möglich ist, eine qualitativ gute Arbeit zu erledigen, für die Standards vorliegen, die von den Beschäftigten akzeptiert sind und die transparent und kontrollierbar sind. Gute Personalvorgaben und in der Folge davon gute Arbeitsbedingungen sind also das zentrale Handlungsfeld für gewerkschaftliche Politik und – so Lawless – »die Mitglieder wollen«, dass Gewerkschaften sich hier einmischen. Zum zweiten hat sich in den verschiedenen Ländern gezeigt, dass Gewerkschaften als professionelle Organisation der Interessenvertretung auf den Ebenen von Politik und Betrieb agieren können. Sie haben die Macht und den Einfluss, Maßnahmen der Regulierung von Personalvorgaben in beiden Bereichen durchzusetzen.

Abbildung 8: **Gemeinsames Programm: Prioritäten für die Durchsetzung von Personalvorgaben durch Gewerkschaften**



Quelle: Jane Lawless, EPSU, Brussels, June 2015 ©

Für Lawless ist der zentrale Ansatzpunkt für gewerkschaftliches Handeln die Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Betrieb. Sie führte aus, dass es nicht ausreicht nur den Bedarf von Patienten an einer guten Pflege in den Mittelpunkt zu stellen, sondern die Belange der Pflegekräfte sind ebenso zu berücksichtigen. Als Voraussetzung und ersten Schritt für die Entwicklung einer gewerkschaftlichen Strategie betonte sie, dass Gewerkschaften soviel wie möglich über wirksame und effektive Personalbesetzungssysteme wissen sollten. Sie sollten begründen können, warum z. B. »Nurse-to-Patient-Ratios« besser als die bisherigen Personalkonzepte geeignet sind, gute Arbeitsbedingungen in der Pflege durchzusetzen und auch einen positiven Gewinn für das Krankenhaus bedeuten. Gleichfalls sollten Gewerkschaften sich darin auskennen, welche Ansätze in der betrieb-

lichen Realität auch funktionieren. Das heißt, sie sollten über Kenntnisse zur Ausgestaltung von Regulierungssystemen verfügen im Sinne von: Welche Herangehensweise sichert den bestmöglichen Personalmix für eine gute Patientenversorgung, welche Zahl von Beschäftigten und welche Qualifikation sind für eine gute Pflege notwendig und das bezogen auf die verschiedenen Schichten im Tagesablauf. Gewerkschaften sollten zudem internationale Regulierungsansätze kennen, die erfolgreich umgesetzt wurden und diese als gute Beispiele in den betrieblichen und politischen Auseinandersetzungen nutzen.

Als ein gutes Modell für die Durchsetzung gewerkschaftlicher Forderungen verwies Lawless nochmals auf Australien und auf Kalifornien. Dort haben es die Gewerkschaften geschafft, die politische und

betriebliche Debatte zur Personalbesetzung in der Pflege nachhaltig zu bestimmen und zu kontrollieren. Mit Hilfe von politischen Kampagnen, durch politische Lobbyarbeit und vor allem durch betriebliche Aktionen war es hier möglich, Mindestverhältniszahlen für die Pflege in der Gesetzgebung zu etablieren und auch im Betrieb durchzusetzen. Daraus zieht Lawless den Schluss, in der Auseinandersetzung um Personalvorgaben gehe es nicht allein um gute Daten, sondern gerade auch um die Fähigkeit, diese Standards durch betriebliche und politische Aktionen in die Öffentlichkeit zu bringen, verhandlungsfähig zu machen und auch die Möglichkeit von Streiks zu nutzen.

Sie betonte, gerade die Durchsetzung von Personalvorgaben ist ein komplexes Vorhaben, das einen langen Atem und eine Langfriststrategie braucht. Für die Entwicklung einer erfolgreichen Umsetzungsstrategie hatte Jane Lawless prägnante Botschaften, die sich wie eine »road-map«, eine handlungsleitende Strategie für die Gewerkschaften lesen. Die wichtigsten Botschaften sind:

- Sprich mit einer Stimme, wenn mehr als eine Gewerkschaft an diesem Thema arbeitet,
- beteilige die Mitglieder in allen Phasen der gewerkschaftlichen Auseinandersetzung und nutze ihren Rat und ihre Erfahrungen bei politischen und betrieblichen Aktionen,
- organisiere Aktionen und Kampagnen und setze auf Hoffnung und Zuversicht,
- nutze Daten, Fakten und Informationen zur Argumentation,
- mach das System einfach und verständlich für die Politik und die Mitglieder,
- mache es deinen Gegnern so schwer wie möglich, Gegenargumente zu finden,
- bilde Netzwerke mit Öffentlichkeit und Politik,
- nutze Möglichkeiten der Gestaltung und nutze mögliche Chancen der Durchsetzung, wenn sie sich bieten.

3.2. Die Durchsetzung von Personalvorgaben im »National Health Service (NHS)« in Großbritannien

Die Ausführungen von Jane Lawless wurden von Gail Adams (UNISON) und Lara Carmona (Royal College of Nursing - RCN) aufgegriffen. Gail Adams ist in UNISON zuständig für die Organisation von Pflegekräften und Lara Carmona steht im RCN für die internationale Zusammenarbeit. Beide Organisationen vertreten die Interessen unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitssystem Großbritanniens hinsichtlich Einkommen und Beschäftigung und arbeiten in der Frage Personalbemessung zusammen.

Gail Adams berichtete zunächst über die schwierige Versorgungssituation in den Krankenhäusern Großbritanniens. Ausgelöst wurde eine öffentliche Debatte über einen Bericht von Sir Robert Francis, der die unzureichende Pflege am Mid Staffordshire Foundation Trust thematisierte und die Verbindung zwischen adäquater Personalbesetzung und guter Pflegequalität zog. Seine Empfehlungen zur Verbesserung der Situation wurden von der Regierung und anderen Organisationen aufgenommen und ein staatliches Forschungsinstitut, das NICE, mit weiterführenden Forschungen beauftragt. 2015 wurde allerdings die Arbeit des NICE ausgesetzt. Es wird davon ausgegangen, dass das NICE deshalb von der Arbeit abgezogen wurde, weil es der britischen Pflege schlechte Noten bescheinigte.

Die öffentliche Debatte um gute Pflege in den Krankenhäusern hat UNISON zu einem gewerkschaftlichen Thema gemacht. Seit fünf Jahren verfolgt UNISON einen stark beteiligungsorientierten Kampagnenansatz in der politischen Auseinandersetzung um Personalvorgaben. Einmal im Jahr führt die Gewerkschaft Personalbefragungen an einem

beliebigen und damit typischen Tag – einen sogenannten »spotttest« – durch, um ein Bild der Realität der Pflegearbeit in den Krankenhäusern in Großbritannien zu zeichnen (vgl. Bericht der Umfrage im Jahr 2015: <https://www.unison.org.uk/content/uploads/2016/04/237291.pdf>). Als Folge der Auseinandersetzung um den »NICE-Report« waren die Befragungsergebnisse von 2016 besonders interessant: Im Jahr 2016 gaben 64 Prozent der befragten Pflegekräfte an, dass die Besetzung der Stationen nicht ausreicht, um eine gute Pflegequalität liefern zu können. 15 Prozent berichteten sogar von mangelhafter Pflege in ihrer Einrichtung. Die Pflegekräfte wurden ebenfalls gefragt, ob sie Mindestzahlen in der Pflege unterstützen würden oder nicht? Mit deutlicher Mehrheit von fast 90 Prozent beantworteten die befragten Pflegekräfte diese Frage positiv.

Nach dem Grundsatz »nutze Möglichen der Gestaltung und nutze Chancen für gewerkschaftliche und politische Aktivitäten, wenn sie sich bieten« setzen UNISON und RCN zusätzlich relevante Studienergebnisse für ihre gewerkschaftlichen Aktivitäten ein. Von UNISON werden so Mindestzahlen für die Pflege gefordert, die dem unterschiedlichen Risikoprofil der Patienten Rechnung tragen. Laut der Befragungen und auch der Studienlage gelten Ratios von 1:8 für Großbritannien als alarmierend – gefordert wird mindestens ein Schlüssel von 1:6. In Schottland, Wales und Nordirland wurden 2013 und 2014 verpflichtende »workforce-planning-tools«, das heißt, Instrumente zur Arbeitskräfteplanung, eingeführt. Obwohl UNISON die Einführung dieser Instrumente unterstützt, liegt ihre Schwäche bisher in der unzureichenden Berücksichtigung des unterschiedlichen Risikoprofils der Patienten. Damit kann einem schnellen Reagieren auf wechselnde Anforderungen nicht Rechnung getragen werden. Außerdem will UNISON durchsetzen, dass in Krankenhäusern, die nicht verpflichtend mit »work-force-tools« arbei-

ten, Mindestpersonalvorgaben verpflichtend eingeführt werden. Ebenfalls fordert die Gewerkschaft die Einführung von »Safety Check Lists« für eine sichere Personalbesetzung gemäß der Empfehlungen der WHO sowie Pflegekomitees in allen NHS Organisationen, die zu jeweils 50 Prozent aus praktizierenden Pflegekräften sowie Pflegehelfern bestehen sollten.

3.3. Gesetzliche Personalbemessung: Ein »Muss«? – Strategie und Taktik in Deutschland

Das zweite exemplarische Beispiel für die Durchsetzung gesetzlicher und betrieblicher Personalvorgaben durch Gewerkschaften wurde von Grit Genster, der Bereichsleiterin Gesundheitspolitik von ver.di aus Deutschland vorgestellt. Sie zeigte Daten, Fakten und Informationen, die ver.di für die Begründung der Regulierung von Personalvorgaben in der Pflege in Krankenhäusern nutzt. So beispielsweise die Krankenstände, Belastungssituation und die Verbleibdauer im Beruf.

Ausgehend von diesen Ergebnissen hat ver.di Beschäftigtenbefragungen in den Krankenhäusern in Deutschland durchgeführt, die in Kampagnenform umgesetzt wurden. Dazu gehörte der »Personalcheck« 2013. Hier wurden die Mitglieder von ver.di danach gefragt, ob die Zahl der Pflegekräfte für eine gute Pflege auf den Stationen ausreicht. Auf dieser Grundlage konnte ein Fehlbestand von 162.000 Beschäftigten, 70.000 allein in der Pflege von ver.di festgestellt werden. Grit Genster berichtete über den »Nachtdienstcheck« 2015 und den Aktionstag »Überstundenberg« im Jahr 2016. Allein zum Abbau der 35,7 Millionen Überstunden, die laut der Erhebung Krankenhausbeschäftigte vor sich hertragen, müssten 17.800 zusätzliche Stellen geschaffen werden.

Bei der Durchsetzung von Personalvorgaben setzt ver.di – so Grit Genster – auf eine Regulierung in einem gesetzlichen Rahmen mit einer tarifvertraglichen Konkretisierung, dem »Tarifvertrag Entlastung«. Für gesetzliche Regelungen spricht, wie auch von Schmid gezeigt, dass die bisherigen eher betrieblich genutzten Instrumente nicht ausreichen, um zu einer besseren Personalausstattung in den Krankenhäusern zu kommen. Dies gilt auch für tarifliche Regelungen. Das Thema der Personalbemessung würde so allein zu einem Thema der betrieblichen Auseinandersetzung. Wichtige Bereiche des Krankenhaussektors würden nicht erfasst und die Konkurrenzsituation zwischen den Krankenhäusern könnte sich verschärfen. Für die Politik ergibt sich aus betrieblichen Regelungsversuchen beispielsweise nur dann Handlungsdruck, wenn die Arbeitgeber der Krankenhäuser die Politik zur Refinanzierung von tariflichen Personalvorgaben auffordern. Da eine solche Forderung nicht zu erwarten ist, hat der Gesetzgeber zentral die Verantwortung für eine gute Versorgungsqualität und damit zur Regelung der Personalausstattung.

Deshalb geht ver.di auf der politischen, tariflichen und betrieblichen Handlungsebene vor. Im Bereich der Politik ist es bereits 2013 im Koalitionsvertrag gelungen, die Einführung einer Personalbemessung als Zielvorgabe festzuschreiben. Dieser Festschreibung folgte das Gesetz zur »Reform der Strukturen in der Krankenhausversorgung (KHSG)« mit zusätzlichen Mitteln für die Pflege (sh. Punkt 1.1.). Grit Genster zieht jedoch in Zweifel, ob die bisher vorgesehenen gesetzlichen Maßnahmen zur Stärkung der Pflege auch tatsächlich für die dringend notwendige Entlastung des Pflegepersonals genutzt werden. Als wichtigen Meilenstein hat ver.di eine »Krankenhauspetsition« in den Bundestag eingebracht. Mehr als 190.000 Menschen haben die Petition unterzeichnet und die Bundestagsanhörung dazu wurde

unter großer öffentlicher Aufmerksamkeit durchgeführt. Darüber hinaus beteiligt sich ver.di an der seit 2015 vom Gesundheitsministerium eingesetzten »Expertenkommission: Pflegepersonal im Krankenhaus«, für deren Bildung sich die Gewerkschaft eingesetzt hatte. Die Kommission hat den Auftrag, bis spätestens 2017 zu prüfen, ob im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte der erhöhte Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patient*innen und der allgemeine Pflegebedarf in den Krankenhäusern abgebildet werden kann. Die Herausforderung besteht darin, einerseits schnell eine Lösung zu finden, die aber auch Zeit für die Entwicklung eines neuen, geeigneten Systems lässt.

Auf der tariflichen Ebene verfolgt ver.di einen »Tarifvertrag Entlastung«. Hinter diesem Modell steht die erfolgreiche Tarifbewegung an der Berliner Charité. Hier wurde 2016 der Tarifvertrag »Gesundheitsschutz und Mindestbesetzung im Krankenhaus« abgeschlossen. Er enthält konkrete Regelungen zu Mindestbesetzung und Mindeststandards, das Controlling erfolgt über einen Gesundheitsausschuss, der von Geschäftsleitung und betrieblicher Interessenvertretung paritätisch besetzt ist.

3.4. Gewerkschaftliche Strategien und ihre Bewertung

Bezogen auf die Ausgangsfrage dieses Kapitels, welche Botschaften und Herangehensweisen für gewerkschaftliches Handeln von Bedeutung sind, ist an dieser Stelle festzuhalten:

- Die Gewerkschaften in Europa folgen in vielen Punkten der »road-map« von verschiedenen Handlungsstrategien und Aktionslinien wie von Jane Lawless dargestellt. Das zeigen die Beispiele aus Großbritannien, Österreich, Tschechien und

Deutschland. Sie nutzen Daten, Fakten und Informationen aufgrund wissenschaftlicher Studien und aufgrund des Erfahrungswissens der Beschäftigten zur Belastungs- und Personalsituation in den Krankenhäusern. Soweit das aufgrund von Untersuchungen und aufgrund von betrieblichen Durchsetzungserfahrungen möglich ist, findet eine Auseinandersetzung mit den Chancen und Möglichkeiten der verschiedenen Regulierungskonzepte und ihrer Umsetzung statt.

- Die Debatte um Personalvorgaben wird von den Gewerkschaften auf der Grundlage von Verhältniszahlen geführt. Hier ist deutlich geworden, dass »Nurse-to-Patient-Ratios« der Vorzug zu geben ist. Hinter diesen steht eine deutliche Patienten- und Beschäftigtenorientierung und sie folgen dem Grundsatz »mit allen geeigneten Mitteln« eine gute Gesundheitsversorgung für die Patienten sicherstellen zu wollen.
- Auch findet sich bei den gewerkschaftlichen Handlungsansätzen immer wieder die Verknüpfung der Regulierung von Personalvorgaben mit weiteren Handlungsansätzen, die zur Reduzierung der Belastungssituation in den Kliniken beitragen können. Dazu gehören vor allem der Arbeits- und Gesundheitsschutz, Qualifikations- und betriebliche Personaleinsatzstrategien oder die Arbeitszeitgestaltung.
- Die Gewerkschaften in Europa gehen davon aus, dass allein die über gesetzliche Personalvorgaben definierten Mindeststandards nicht der optimale Orientierungswert für eine gute Personalbesetzung und gute Arbeit in den Krankenhäusern darstellen. Sie sind als erster Schritt für Veränderungen zu bezeichnen. Dabei scheint die beste Lösung zur Absicherung von Personalvorgaben eine gesetzliche Regelung mit verpflichtender Wirkung und Sanktionsmöglichkeiten in Verbindung mit einer betrieblichen Konkretisierung über einen Tarifvertrag zu sein.
- Hinsichtlich der Durchsetzbarkeit von Regulierungskonzepten ist deutlich geworden, dass auch hier die Verbindung der Handlungsebenen von Politik und Betrieb eine erfolgversprechende Strategie ist. Wie die einzelnen Aktionsbeispiele zeigten, konnten betriebliche Aktionen genutzt werden, um für die Durchsetzung rechtlicher Regelungen politisch Druck aufzubauen. Gleichzeitig trugen sie zur Aktivierung und Motivierung der Mitglieder bei. So sind Mitgliederbefragungen auf der betrieblichen Handlungsebene ein adäquates Instrument der Beteiligung, wenn es gilt, auf die Personal- und Belastungssituation in den Krankenhäusern aufmerksam zu machen, Forderungen zu entwickeln und positiv für eine Veränderung zu motivieren.
- Und nicht zuletzt: Das komplexe Thema Personalbemessung, mit seinen verschiedenen Verbindungslinien zu unterschiedlichen Bereichen betrieblicher Realität, ist in einige wenige, gut zu kommunizierende Themen zu zergliedern. Dazu versuchen die Gewerkschaften Anlässe zu finden, Kriterien zu definieren, Forderungen zu entwickeln und unterstützende Netzwerke aufzubauen. Damit wird Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit zu einem zentralen Strategieansatz in der Durchsetzung von Systemen der Personalvorgaben.

Vor diesem Hintergrund sind die Gewerkschaften in Europa in Sachen der Regulierung von Personalvorgaben auf einem guten Weg. Im Kern folgen sie in den zentralen Botschaften und Vorgehensweisen einer relativ einheitlichen Linie und nutzen verschiedene Handlungsstrategien und Aktionsformen. Dies allein ist bereits ein positives Ergebnis. Allerdings stehen alle Ansätze der Gewerkschaften erst am Anfang der Debatte. Offen sind z.B. Fragen, welche Regulierungskonzepte am geeignetsten sind und wie diese dann am besten in die vorhandenen

Strukturen der Krankenhausfinanzierung eingepasst werden können. Ein Erfahrungsaustausch über flankierende Handlungsansätze, die zur Entlastung der Arbeitsbedingungen in der Pflege beitragen, wäre zudem bereichernd. Auch ist offen, wie die Zusammenarbeit in Netzwerken gestaltet wird oder wie sich diese bei der Bildung von Kompromissen oder dem Nutzen von Gestaltungschancen auswirken können. Und nicht zuletzt ist zu beantworten, wie es gelingt, in der eigenen Mitgliedschaft und gewerkschaftlichen Organisation den für die Durchsetzung eines so komplexen Vorhabens notwendigen langen Atem und eine entsprechende Langfriststrategie aufzubauen und immer wieder neu zu aktivieren. Denn für die Mitglieder der Gewerkschaften und die Beschäftigten in den Krankenhäusern ist es notwendig, auch Erfolge im Sinne guter Arbeit zu sehen und zu spüren »there is power in a union«.

4 In aller Kürze: Die Ergebnisse des Workshops in den Sprachen Deutsch, Englisch und Französisch

In aller Kürze »Personalbemessung in Krankenhäusern im internationalen Vergleich«

Das Problem der »gefährlichen Pflege« aufgrund unzureichender Personalausstattung ist das große Thema einer guten Versorgung in den Krankenhäusern. Deshalb haben der »Europäische Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst (EGÖD)« und die »Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)« den Workshop »Personalbemessung in Krankenhäusern im internationalen Vergleich« durchgeführt. Er fand am 16. November 2016 in Berlin statt. Eingeladen waren Kolleg*innen aus den Krankenhäusern in Deutschland und aus den Gesundheitsgewerkschaften in Europa. Insgesamt nahmen 52 Expert*innen aus Gewerkschaften, Politik, den Krankenhäusern und der Wissenschaft aus 12 europäischen Ländern an diesem Workshop teil.

Die Problemstellungen, Daten und Fakten:

Wissenschaftliche Studien und die Erfahrungen der Beschäftigten aus den Krankenhäusern belegen: Je weniger Pflegepersonal, desto schlechter die Pflege. Das hat erhebliche Folgen für die Sicherheit und die Versorgungsqualität der Patient*innen. Der ver.di-Personalcheck hat bereits 2013 einen Fehlbedarf von bundesweit 162.000 Stellen deutlich gemacht. Davon alleine 70.000 Stellen in der Pflege. Deutschlands Krankenhäuser sind während der Nacht personell zum Teil gefährlich unterbesetzt. Durchschnittlich muss eine Pflegefachkraft nachts 26 Patient*innen betreuen, auf einigen Stationen sogar mehr als 40. Diese Erkenntnisse gelten nicht nur für Deutschland. In der Mehrheit der europäi-

schen Länder und auch international ist dieser negative Trend in der Personalbesetzung auf den Stationen der Krankenhäuser zu verzeichnen. Insgesamt lassen die bisher erhobenen Daten den Schluss zu, dass der Krankenhaussektor vorrangig Prozesse rationalisiert und erlösorientiert ausrichtet, indem in erheblichem Maße gerade Stellen abgebaut bzw. Aufgaben und Personal ausgegliedert werden.

Bisherige Ergebnisse und Erfahrungen mit der Regelung der Personalausstattung in Krankenhäusern:

Gewerkschaften gehen davon aus, dass eine Regulierung der Personalvorgaben der beste Weg ist, um eine gute Versorgung sicher zu stellen. International stehen mit »Nurse-to-Patient-Ratios«, das heißt das Verhältnis von Pflegekraft zur Patientenzahl und »Nurse-to-Bed-Ratios«, das heißt das Verhältnis von Pflegekraft zur Bettenzahl, zwei unterschiedliche Systeme auf der Tagesordnung. Mit beiden Regulierungskonzepten wird das Ziel einer guten Patientenversorgung bei gleichzeitig ausreichendem Personal und guten Arbeitsbedingungen verfolgt. Allerdings weisen sie erhebliche Unterschiede in ihrer Wirkung auf, wird nach der Sicherung der Versorgungsqualität, nach guter Arbeit für die Beschäftigten und nach ausreichendem und qualifiziertem Personal gefragt:

- Die belastenden Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern sind der Kern des Problems. In allen Ländern stellt sich immer wieder die Frage nach der Verbesserung der Attraktivität der Pflegeberufe. Es wird Unzufriedenheit mit den beruflichen Möglichkeiten festgestellt und auch Kritik an der Ausbildung und Qualifizierung geübt. All das hat Einfluss auf die Motivation oder Zufrie-

denheit von Pflegekräften, auf deren Tätigkeit und auf die Qualität der Versorgung.

- Die auf Verhältniszahlen beruhenden Überlegungen sind die beste Option um Personalvorgaben durchzusetzen. Dabei lassen sich mit »Nurse-to-Patient-Ratios« und »Nurse-to-Bed-Ratios« zwei unterschiedliche Regulierungskonzepte und mit gesetzlichen Regelungen sowie betrieblichen Lösungen zwei Umsetzungskonzepte unterscheiden. Hinsichtlich ihrer Durchsetzbarkeit ist deutlich geworden, dass allein betriebliche Ansätze nicht ausreichen, um dem Problem einer unzureichenden Personalausstattung zu begegnen. Personalvorgaben konnten in einigen Ländern dann betrieblich weiterentwickelt werden, wenn gesetzliche Regelungen durch bessere betriebliche Lösungen flankiert werden.
- »Nurse-to-Patient-Ratios« ist der Vorzug zu geben. »Nurse-to-Bed-Ratios«, die beispielsweise in Deutschland mit der 1993 bis 1995 angewandten Pflegepersonal-Regelung und der geltenden Psychiatrie-Personalverordnung oder in Österreich mit der Pflegepersonal-Regelung und Orientierungswerten aus den DRG's Anwendung finden bzw. fanden, ermitteln das notwendige Personal auf der Grundlage der Zahl der durchschnittlich belegten Betten. Dies mag für Stellenplanberechnungen, Budgetbemessungen oder Vereinbarungen über Vergütungen ausreichend sein. Vernachlässigt werden aber so der Pflegebedarf, die Arbeitszeitgestaltung und vor allem die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern. Denn hinter »Nurse-to-Patient-Ratios« steht eine deutliche Patienten- und Beschäftigtenorientierung mit der Frage nach dem individuellen Behandlungsbedarf der Patienten und den dafür notwendigen Ressourcen auf Seiten der Pflegekräfte.
- Wenn die belastenden Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern der Kern des Problems sind, ist es für eine erfolgreiche Strategiebildung politisch und betrieblich wichtig, das Thema der Personalbemessung mit weiteren Gesichtspunkten guter Arbeit zu kombinieren. Dazu gehören vor allem der Arbeits- und Gesundheitsschutz, Qualifikation und betriebliche Personaleinsatzstrategien. Über das Instrument der Personalvorgaben sind so auch andere Bereiche von Technik, Arbeitsorganisation und Personaleinsatz im Betrieb »neu« zu gestalten.
- Die Einführung einer neuen Personalplanung im Betrieb bedeutet ein differenziertes Umsetzungsprojekt. Zu berücksichtigen sind Kennziffern und Kriterien, die sich beispielsweise aus dem Patientenaufkommen, spezifischen Pflegebedarfen, der Arbeitsorganisation und Zusammenarbeit unterschiedlicher Abteilungen in einem Krankenhaus speisen. Diese sind dann in ein Verhältnis zu setzen zum vorhandenen Personal, ihren Qualifikationen, Tätigkeiten, Einsatzgebieten und vor allem zur Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung. Um eine Orientierung der Personalbemessung an Kriterien guter Arbeit zu erreichen kommt es dabei darauf an, nach dem individuellen Pflegebedarf von Patienten und den Ressourcen zu fragen, die für eine qualitativ gute Pflege notwendig sind. Und noch einmal: Personalvorgaben sind Mindeststandards und dürfen – von den Arbeitgebern oder den Regierungen – nicht zum Optimum erklärt werden.
- Gerade hinsichtlich der Umsetzung von Personalvorgaben, das heißt der betriebs- und problembezogenen Ausgestaltung von geeigneten Instrumenten und Ansätzen, wie auch hinsichtlich deren Ergebnisse für »gute Arbeit« ist der Forschungsbedarf groß. Notwendig sind vor allem Längsschnittstudien, bei denen – neben den Rahmenbedingungen des Krankenhauses – auch einzelne Stationen zu untersuchen sind. Zum Untersuchungsdesign sollten homogene

Patientengruppen, Faktoren wie das ärztliche Personal und/oder der Skill-Mix auf den Stationen sowie pflegerelevante Leistungsdaten gehören.

Strategien der Gewerkschaften zur Durchsetzung von Personalvorgaben

Die Gewerkschaften in Europa verfolgen mit der Durchsetzung von Personalvorgaben im Krankenhaussektor grundlegende gewerkschaftliche Vorstellungen der Sicherung von Einkommen, der Gestaltung der Arbeitsbedingungen und dem Schutz der Beschäftigten vor prekärer und belastender Arbeit. Für gewerkschaftliche Interessenvertretungen ist es unerlässlich, sich in den betrieblichen und politischen Prozess der Umsetzung von Personalvorgaben einzubringen. Das heißt, es gilt in Netzwerken zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis zu arbeiten. Und gut ist: Die Gewerkschaften in Europa sind sich weitgehend einig wenn es um die zentralen Botschaften und Vorgehensweisen zur Durchsetzung von Personalvorgaben geht:

- Von den Gewerkschaften werden Daten, Fakten und Informationen aufgrund wissenschaftlicher Studien und aufgrund des Erfahrungswissens der Beschäftigten genutzt. Ein optimaler Weg zur Ermittlung der Belastungs- und Personalsituation in den Krankenhäusern und zur Beteiligung der Mitglieder sind Umfragen, wie die verschiedenen Belastungschecks in Deutschland oder der »Staffing-Level-Survey« von UNISON zeigen.
- Die Debatte um Personalvorgaben wird auf der Grundlage von Verhältniszahlen geführt. »Nurse-to-Patient-Ratios« mit ihrer deutlichen Patienten- und Beschäftigtenorientierung wird von den Gewerkschaften für die Ermittlung von Personalvorgaben der Vorzug gegeben.
- Auch findet sich bei den gewerkschaftlichen Handlungsansätzen immer wieder die Verknüpfung

der Forderung nach Personalvorgaben mit weiteren Handlungsansätzen, die zur Reduzierung der Belastungssituation in den Kliniken beitragen können. Dazu gehören vor allem der Arbeits- und Gesundheitsschutz, Qualifikations- und betriebliche Personaleinsatzstrategien oder die Arbeitszeitgestaltung.

- Definierte gesetzliche Personalvorgaben sind hilfreiche Mindeststandards. Sie sind noch nicht der optimale Orientierungswert für eine gute Personalbesetzung und gute Arbeit in den Krankenhäusern; sie stellen aber einen wesentlichen Schritt zur Veränderung der betrieblichen Arbeitsbedingungen dar. Dabei scheint die beste Lösung eine gesetzliche Regelung mit verpflichtender Wirkung und Sanktionsmöglichkeiten in Verbindung mit weiterreichenden betrieblichen Regelungen zu sein.
- Hinsichtlich der Durchsetzbarkeit von Regulierungskonzepten ist die Verbindung der Handlungsebenen von Politik und Betrieb eine erfolgversprechende Strategie. Diese Verbindung konnte in Richtung Gesetzgebung und gleichzeitig zur Aktivierung und Motivierung der Mitglieder genutzt werden. So sind Mitgliederbefragungen im Betrieb ein adäquates Instrument der Beteiligung wenn es gilt, auf die Personal- und Belastungssituation in den Krankenhäusern aufmerksam zu machen, Forderungen zu entwickeln und positiv für eine Veränderung zu motivieren.
- Und nicht zuletzt: Das komplexe Thema der Regulierung von Personalvorgaben, mit seinen verschiedenen Verbindungslinien zu unterschiedlichen Bereichen betrieblicher Realität, ist in einige wenige, gut zu kommunizierende Themen zu bündeln. Damit wird Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit zu einem zentralen Strategieansatz für die Durchsetzung von Personalbemessungssystemen. Denn für die Gewerkschaftsmitglieder in den Krankenhäusern ist es wichtig,

Erfolge im Sinne guter Arbeit zu erfahren und zu spüren »there is power in a union«, das heißt, dass Gewerkschaften die Kraft haben, Veränderungen selbst zu bewirken.

Herzlichen Dank an alle Referent*innen und Teilnehmer*innen, die mit ihren Beiträgen den Workshop unterstützt, mit ihren Anregungen, Positionen und Hinweisen für neue Erkenntnisse und insgesamt für das Gelingen des Workshops gesorgt haben.

Briefly: Safe and effective staffing in international comparison

The risk of »dangerous nursing« due to insufficient staffing numbers is the biggest challenge facing good care in hospitals. For this reason, the European Federation of Public Service Unions (EPSU) and the United Services Trade Union (ver.di) held a workshop titled »Hospital Staffing – an international comparison«. It took place in Berlin on 16 November 2016. Colleagues working at hospitals in Germany and from European trade unions representing health workers were invited to attend. A total of 52 experts from 12 European countries spanning trade unions, politics and academia participated in this workshop.

The problems, data and facts:

Scientific studies as well as the experiences gained by hospital personnel show that the lower the number of nursing staff, the worse the nursing care. This has a significant bearing on the safety and quality of care afforded to patients. ver.di's survey on staffing levels« in 2013 revealed that Germany had a shortfall of 162,000 jobs – of these, 70,000 in nursing care alone. Germany's hospitals are, in part, danger-

ously understaffed during the night. On average, a trained qualified nurse is required to look after 26 patients, on some wards even more than 40, during the nightshift. These findings, however, do not only apply to Germany. In the majority of European countries and also internationally, this negative staffing trend is apparent on hospital wards. In this context, the years 2005 to 2013 saw a deterioration in this situation in Switzerland, Slovakia, New Zealand, Ireland and Germany. Overall, the data gathered to date leads to the conclusion that the hospital sector is primarily geared to rationalisation and revenue, with jobs especially being drastically cut and/or tasks and staff being outsourced.

Current findings and experiences relating to regulating staffing in hospitals

Trade unions assume that a regulation governing staffing requirements is the best way to ensure good nursing care. On the international stage, two different systems are on the agenda: nurse-to-patient ratios and nurse-to-bed ratios. Both regulatory approaches pursue the goal of good patient care whilst also ensuring sufficient staffing levels and good working conditions. Their individual impact differs significantly, however, when it comes to the issues of safeguarding the quality of nursing care, decent work for employees and sufficient and qualified staff:

- The high-pressure working conditions in hospitals are at the core of the problem. In every country, making nursing jobs more attractive is a recurring theme. There is noticeable dissatisfaction in respect of the career possibilities, with criticism also being levied at professional training and qualification. All of this has an impact on the motivation or satisfaction of nursing staff, their work and the quality of nursing care.

- Considerations based on the ratios are the best option for asserting staffing requirements. Here, nurse-to-patient ratios and nurse-to-bed ratios represent two different regulatory approaches and, in terms of the statutory regulations and operational solutions, two different implementation concepts. With regard to their enforceability, it has become clear that operational approaches alone are not sufficient to counter the lack of staffing. In some countries, staffing requirements have developed further operationally when statutory regulations are underpinned by better operational solutions.
- Nurse-to-patient ratios should be prioritised. Nurse-to-bed ratios, such as those that are or were used in Germany through the Pflegepersonal-Regelung (Nursing Staff Guideline), applied between 1993 and 1995, and the prevailing Psychiatrie-Personalverordnung (Ordinance for Staff in Psychiatric Hospitals) or, in Austria, through the Pflegepersonal-Regelung (Nursing Staff Guideline), and benchmarks from the DRGs, determine the number of staff required based on the average number of occupied beds. This may suffice for staffing calculations, budget assessments or pay agreements. However, they neglect the nursing care demands, the organisation of working time and, above all, quality assurance in hospitals. This is because, behind nurse-to-patient ratios, lies a clear orientation towards patients and workers along with the issue of the individual treatment needs of patients and the required nursing staff resources.
- Assuming the high-pressure working conditions in hospitals are at the core of the problem, the successful development of a political and operational strategy is vital for the issue of staffing to be coupled with other aspects of decent work. These especially include occupational health and safety, qualifications and in-house human resources allocation strategies. Thus, the staffing requirement tool should be used to also »re-« shape other operational areas relating to technology, labour organisation and human resources allocation.
- Introducing a new form of human resources planning in the hospital entails a sophisticated implementation project. Key Performance Indicators and criteria need to be taken on board that are derived, for example, from patient volumes, specific nursing needs, labour organisation and the collaborative efforts of various departments in a hospital. These should then be put in proportion to existing staffing levels, their qualifications, duties, fields of work and, above all, to the organisation of the workplace and working time. Successfully gearing staffing to the criteria of decent work depends on inquiring about the individual nursing needs in terms of patients and resources that must be met in order to provide quality care. To reiterate: personnel requirements are minimum standards and must not be allowed to be the optimum standard by employers or governments.
- Particularly in respect of implementing the staffing requirements, i.e. the operational and problem-focused development of suitable instruments and approaches, and in respect of their outcomes for »decent work«, the need for research is great. Longitudinal studies are, above all, required, during which individual wards will need to be examined in addition to the general conditions of the hospital itself. The design of such studies should include homogenous patient groups as well as factors such as medical staff and/or the skill mix on wards, or care-relevant performance data.

Trade union strategies for implementing staffing requirements

By enforcing staffing requirements in the hospital sector, trade unions in Europe are pursuing fundamental trade union concepts of income security, shaping working conditions and safeguarding workers from precarious and high-pressure work. It is imperative for trade union representation to engage in the operational and political process of implementing staffing requirements. This means working in networks comprising scientists, politicians and practitioners. And it is good to note that the trade unions in Europe are largely in agreement when it comes to the core messages and procedures for implementing staffing requirements:

- Trade unions use data, facts and information gained from scientific studies and the experience and knowledge of workers. One optimal way of determining the high-pressure and staffing situation in hospitals and how members are involved is to conduct surveys such as the various stress checks in Germany or the Staffing Level Survey carried out by UNISON.
- The debate surrounding staffing requirements is being held on the basis of ratios. Given their clear focus on patients and workers, nurse-to-patient ratios are the preferred option for trade unions for determining staffing requirements.
- Trade union strategies for action increasingly involve linking the call for staffing requirements to other strategies for action, which can help reduce the high-pressure situations in hospitals. These, above all, include occupational health and safety, qualification and operational human resource allocation strategies or the organisation of working time.
- Defined statutory staffing requirements are useful minimum standards. While they are not the optimal benchmarks for good staffing or decent

work in hospitals they do mark a major step towards changing the working conditions in hospitals. In this context, the best solution would appear to be a statutory regulation with binding effect and a provision for sanctions combined with more far-reaching operational provisions.

- In respect of the enforceability of regulatory concepts, one promising strategy is to interlink the levels of politics and hospitals. This linkage has been utilised when pursuing legislation and also to activate and motivate trade union members. Here, too, member surveys are an adequate instrument of participation when it comes to highlighting staffing and high-pressure situations in hospitals, developing demands and providing positive motivation for change.
- And, last but not least: the complex issue of regulating staffing requirements – with its broad-ranging connecting lines to different areas of operational reality – should be bundled into a handful of easily communicated issues. Doing so will elevate communication and PR-work to a core strategy for enforcing staffing systems, because it is important for trade union members in hospitals to experience success in terms of decent work and to feel that »there is power in a union«, i.e. that trade unions have the power to make change happen.

Many thanks to the keynote speakers and participants who supported the workshop and whose suggestions, viewpoints and advice led to new findings and overall contributed to the success of the workshop.

Résumé: « Comparaison des expériences de différents pays en matière de dotation en personnel dans les hôpitaux »

Le problème des soins mettant la vie des patients en danger en raison d'une dotation en personnel insuffisante représente l'enjeu majeur de la prestation de soins de qualité dans les hôpitaux. C'est pourquoi la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP) et le syndicat allemand unifié des services (ver.di) ont organisé conjointement l'atelier « Comparaison des expériences de différents pays en matière de dotation en personnel dans les hôpitaux », qui s'est tenu le 16 novembre 2016 à Berlin. Parmi les invités figuraient des membres du personnel hospitalier allemand ainsi que des syndicats de la santé en Europe. Au total, 52 experts et expertes issus des milieux syndicaux, politiques et scientifiques de 12 pays européens ont pris part à l'atelier.

Les problématiques, les données disponibles et les faits

Comme le montrent les études scientifiques réalisées à ce jour ainsi que les expériences des employés des hôpitaux, moins le personnel hospitalier est nombreux, plus la qualité des soins dispensés se détériore. Ce constat a des répercussions considérables sur la sécurité et la qualité des soins dispensés aux patients. Une étude sur le personnel réalisée par ver.di avait déjà révélé en 2013 une pénurie de 162.000 employés en Allemagne, dont 70.000 postes rien que dans le secteur des soins. Les hôpitaux allemands souffrent partiellement d'un manque de personnel de nuit, ce qui met la vie des patients en danger. En moyenne, une infirmière qualifiée travaillant de nuit a à sa charge 26 patients, un chiffre qui peut atteindre plus de 40 patients dans certaines unités d'hôpitaux. Qui plus est, ce constat

ne s'applique pas qu'à l'Allemagne. Cette tendance négative en matière de dotation en personnel dans les unités d'hôpitaux peut s'observer dans la plupart des pays européens, et même à l'échelle internationale. Ainsi, entre 2005 et 2013, la Suisse, la Slovaquie, la Nouvelle-Zélande, l'Irlande et l'Allemagne ont vu leur ratio se détériorer. De manière générale, les données recueillies à ce jour permettent de conclure que le secteur hospitalier s'attache à rationaliser les processus et à les orienter en vue de maximiser les revenus, et ce, en supprimant de nombreux postes ou en sous-traitant des fonctions et du personnel.

Résultats obtenus à ce jour et expériences découlant de la réglementation concernant la dotation en personnel dans les hôpitaux

Selon les syndicats, la mise en place d'une réglementation relative aux besoins en personnel constitue le meilleur moyen de garantir des soins de qualité. À l'échelle internationale, deux systèmes distincts sont utilisés : le ratio infirmière-patient, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'infirmières et le nombre de patients, et le ratio infirmière-lit, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'infirmières et le nombre de lits. Ces approches réglementaires ont toutes deux pour but d'assurer une prestation de soins de qualité, grâce à une dotation en personnel suffisante et des conditions de travail satisfaisantes. Toutefois, elles ont des effets très différents en ce qui concerne l'assurance de la qualité des soins, de bonnes conditions de travail pour les employés et un personnel suffisant.

- Les conditions de travail difficiles dans les hôpitaux se situent au cœur du problème. Dans tous les pays, la question de l'amélioration de l'attractivité des métiers du soin est régulièrement

soulevée. Les possibilités d'emploi sont source d'insatisfaction; la formation et les qualifications font l'objet de critiques. Tous ces facteurs ont une incidence sur la motivation et la satisfaction du personnel soignant, sur son travail et sur la qualité des soins dispensés.

- Les ratios constituent le meilleur moyen de mettre en application des quotas de personnel. À cet égard, on distingue deux approches réglementaires, à savoir le ratio infirmière-patient et le ratio infirmière-lit, et deux approches de mise en œuvre, à savoir les cadres juridiques et les solutions opérationnelles. En ce qui concerne leur applicabilité, il est devenu apparent que les approches opérationnelles ne suffisent pas à elles seules pour remédier au problème de l'insuffisance de la dotation en personnel. Les quotas de personnel ont pu être développés sur le plan des institutions de soins de santé dans les pays où les cadres juridiques s'accompagnent de meilleures solutions sur ce niveau-là.
- Les ratios infirmière-patient sont à privilégier. Les ratios infirmière-lit, qui déterminent le personnel requis d'après le nombre de lits occupés en moyenne, sont ou ont été mis en œuvre par exemple en Allemagne, avec les directives relatives au personnel soignant appliquées de 1993 à 1995 et avec le décret en vigueur concernant le personnel psychiatrique, ou en Autriche, avec les directives relatives au personnel soignant et les lignes directrices issues des groupes homogènes de malades. S'ils peuvent suffire pour les calculs relatifs au tableau des effectifs, les estimations budgétaires ou les accords conclus concernant les remboursements des frais pour les soins de santé prestés, ils négligent toutefois les aspects liés aux besoins en soins, à l'aménagement du temps de travail et, surtout, à l'assurance qualité dans les hôpitaux. En revanche, les ratios infirmière-patient sont clairement axés sur

les patients et les employés, puisqu'ils prennent en compte les besoins individuels des patients en matière de traitements et les ressources requises par le personnel soignant pour les satisfaire.

- Si les conditions de travail difficiles dans les hôpitaux se situent au cœur du problème, il s'avère important, pour garantir le succès d'une stratégie, d'envisager du point de vue politique et en vue des institutions de soins de santé la question de la dotation en personnel en même temps que d'autres aspects liés à un travail satisfaisant. Parmi ceux-ci figurent avant tout la protection du travail et de la santé, les qualifications, et les stratégies opérationnelles de recrutement du personnel. Outre les quotas de personnel, il est également essentiel de «réorganiser» d'autres domaines, notamment techniques et relatifs à l'organisation du travail et au recrutement.
- L'introduction d'un nouveau mode de planification du personnel suppose un projet de mise en œuvre complexe. Elle doit s'appuyer sur des indicateurs clés et des critères fondés, par exemple, sur le nombre de patients, les besoins en soins spécifiques, l'organisation du travail et la coopération entre les différents services au sein d'un hôpital. Ceux-ci doivent ensuite être mis en relation avec le personnel existant, ses qualifications, activités, domaines de spécialisation et, surtout, l'aménagement du lieu et du temps de travail. Parvenir à une dotation en personnel fondée sur des critères liés à un travail satisfaisant suppose de déterminer les besoins individuels en soins des patients et les ressources qui sont nécessaires pour assurer une prestation de soins de qualité. Il convient également de garder à l'esprit que les quotas de personnel sont des normes minimales à atteindre, qui ne doivent pas être considérées — par les employeurs comme les gouvernements — comme des niveaux optimaux.

- La mise en œuvre de quotas de personnel, c'est-à-dire l'élaboration d'instruments et d'approches appropriés sur le plan des institutions de soins de santé et axée sur les problèmes, ainsi que leurs résultats en matière de « travail satisfaisant », nécessitent un gros travail de recherche, principalement des études longitudinales qui, en plus de l'environnement général de l'hôpital, évaluent également des unités individuelles. La conception des études devrait intégrer des groupes homogènes de malades, des facteurs comme le personnel médical et/ou l'éventail de compétences à disposition dans les unités, ou des données sur les performances relatives aux soins.

Stratégies des syndicats en matière de mise en œuvre des quotas de personnel

À travers la mise en œuvre de quotas de personnel dans le secteur hospitalier, les syndicats européens cherchent à appliquer les concepts syndicaux fondamentaux que sont le garanti d'un revenu décent/d'une rémunération décente, l'organisation des conditions de travail et la protection des employés contre le travail précaire et pénible. Pour les syndicats, il est essentiel de s'impliquer dans le processus sur le niveau des institutions de soins de santé et sur le plan politique de la mise en œuvre des quotas de personnel. En d'autres termes, il convient de travailler en réseau avec les secteurs scientifique, politique et hospitalier. Qui plus est, les syndicats européens sont largement unanimes en ce qui concerne les messages clés et les procédures à suivre pour mettre en œuvre les quotas de personnel :

- Les syndicats utilisent des données, des faits et des informations fondées sur des études scientifiques et sur les expériences des employés. Les enquêtes représentent le meilleur moyen d'évaluer la dotation en personnel et la situation dans les hôpitaux, ainsi que d'impliquer les membres, comme le montrent les différentes évaluations de situation réalisées en Allemagne, l'enquête sur la dotation en personnel d'UNISON, qui existe depuis six ans et a été effectuée dernièrement en février 2017, ou encore l'enquête sur les effectifs réalisée par la CFDT Santé Services Sociaux pour la première fois en mars 2017.
- Les débats autour des quotas de personnel reposent sur les ratios. Pour déterminer les besoins en personnel, les syndicats privilégient les ratios infirmière-patient, qui sont clairement axés sur les patients et les employés.
- Pour ce qui est des approches des syndicats, la demande de quotas de personnel est toujours intimement liée à d'autres approches pouvant contribuer à la réduction de la situation de stress dans les institutions de soins de santé. Parmi celles-ci figurent principalement la sécurité et la santé sur le lieu du travail, les stratégies sur le plan des institutions de soins de santé liées au recrutement et aux qualifications, ou encore l'aménagement du temps de travail.
- Les besoins en personnel définis juridiquement représentent des normes minimales utiles. Bien que celles-ci ne constituent pas encore une ligne directrice optimale/un point d'orientation optimal permettant d'obtenir une dotation en personnel adéquate et un travail satisfaisant dans les hôpitaux, elles représentent une étape essentielle dans le changement des conditions de travail sur le plan des institutions de soins de santé. À cet égard, il semble que la meilleure solution soit une réglementation juridique à caractère obligatoire et associée à des sanctions, s'inscrivant dans le cadre de réglementations opérationnelles plus larges.
- En ce qui concerne l'applicabilité des approches réglementaires, la mise en relation des niveaux d'action politiques et ceux ancrés sur les lieux de

travail s'avère une stratégie prometteuse. Celle-ci a pu être utilisée à la fois dans le domaine de la législation et pour mobiliser et motiver les membres. Ici aussi les enquêtes réalisées auprès des membres dans les milieux professionnels constituent un outil adéquat pour favoriser l'implication de ces derniers, attirer l'attention sur la situation du personnel et de stress dans les hôpitaux, formuler des revendications et promouvoir le changement de manière positive.

- Enfin, la question complexe de la réglementation des besoins en personnel, qui est reliée de plusieurs façons à différents domaines de la réalité sur le plan des institutions de soins de santé, est associée à un nombre de thèmes faciles à communiquer. À cet égard, les relations publiques

et la communication constituent une approche stratégique centrale en vue de mettre en œuvre les systèmes de dotation en personnel. En effet, pour les représentants syndicaux dans les hôpitaux, il est important de connaître des succès en matière de travail de qualité et de percevoir la puissance des syndicats (« there is power in a union »), en d'autres termes, de ressentir que ceux-ci ont le pouvoir de susciter des changements eux-mêmes.

Un grand merci à tous les intervenants et participants qui ont enrichi l'atelier de leurs contributions, et qui, grâce à leurs suggestions, points de vue et informations, ont permis l'apport de nouvelles connaissances et, globalement, le succès de l'atelier.

Literatur

- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, von den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kozka M, Lesaffre E, McHugh MD: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 2014; 383:1824–1830.
- Ball JE, Murrells T, Rafferty AM: »Care left undone« during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ QualSaf*, 2014; 23:116–125.
- Bechtel P, Smerdka-Arhelger, Lipp K (Hrsg.): *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe*, Berlin/Heidelberg 2017.
- Cook A, Gaynor M, Stephens MJr, Taylor L: The effect of a hospital nurse staffing mandate on patient health outcomes: evidence from California's minimum staffing regulations. *J Health Econ*, 2012;31(2): 340-348.
- Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, Muise M und Stafford E: Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 2010; 47(3):363-385.
- Currie EJ, Carr Hill RA: What are the reasons for high turnover in nursing? A discussion of presumed causal factors and remedies. *Int J Nurs Stud*, 2012; 49: 1190-1189.
- Geissler A, Busse R: Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friederich J, Wasem J (Hrsg.) *Krankenhausreport 2015: Schwerpunkt Strukturwandel*. Stuttgart 2015, 13-22.
- Greß St, Stegmüller K: *Gesetzliche Personalbemessung in der Altenpflege*, Diskussionspapier aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda, Fulda 2016.
- Griffiths P, Ball J, Drennan J, Dall'Ora C, Jones J: Nurse staffing and patient outcomes. Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *Int J Nurs Stud*; 2016, 63:213-225.
- Griffiths P, Ball J, Drennan J, James L, Jones J, Recio-Saucedo A, Simon M: The association between patient safety outcomes and nurse/healthcare assistant skill mix and staffing levels & factors that may influence staffing requirements. Southampton: University of Southampton 2014.
- Junttila JK, Koivu A, Fagerström L, Haatainen K, Nykänen P: Hospital mortality and optimality of nursing workload: A study on the predictive validity of the RAFAELA Nursing Intensity and Staffing system. *Int J Nurs Stud*; 2016, 60: 46-53.
- Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ: The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Med Care*;2007b,45: 1195–1204.
- Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J: *Krankenhaus-Report 2017*, Stuttgart 2017.
- Köppen J, Zander B, Busse R: *Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland*, Berlin 2016.

Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens SR, Harris M: Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *N Engl J Med*; 2011, 364: 1037-1045.

Neuraz A, Guérin C, Payet C, Polazzi S, Aubrun F, Dailler F, Lehot J-J, Piriou V, Neidecker J, Rimmelé T, Schott A-M and Duclos A: Patient Mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: A multicenter observational Study. *Crit Care Med*; 2015, 43(8): 1587-1594.

Papastavrou E, Andereou P, Efstathiou G: Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *Int J Health Plann Manage*; 2013, 29(1):3-25.

Rafferty AM, Clarke, Sean P, Coles J, Ball J, James P, McKee M, Aiken LH: Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*; 2007, 44(2): 175–182.

Roth, I: Die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten, DGB-Index »Gute Arbeit«, Berlin 2011.

Sellgren SF, Ekvall G, Tomson G: Leadership behavior of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *J NursManag*; 2008; 16:578-587.

Shekelle PG: Nurse-Patient Ratios as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*; 2013,158: 404–409.

Simon M, Mehmecke S: Nurse-to-Patient-Ratios, ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, Studie für die Hans Böckler Stiftung, Düsseldorf 2017.

Statistisches Bundesamt 2017a: Beschäftigungszuwachs in medizinischen Gesundheitsberufen verlangsamt sich. Pressemitteilung vom 25. Januar 2017. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2017.

Statistisches Bundesamt 2017b. Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht 2000-2015. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/23621-0001> (letzter Zugriff am 12. April 2017).

Statistisches Bundesamt 2016: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2015. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 1997-2015; https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf?__blob=publicationFile.

van den Heede K, Florquin M, Bruyneel L, Aiken L, Diya L, Lesaffre E, Sermeus E: Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. *Int J Nurs*; 2013,50(2):185-194.

Wasem J, Thomas D, Reifferscheid A, Pomorin N: Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in Deutschland, IBES Diskussionsbeitrag Nr. 204, Duisburg 2014.

West E, Barron DN, Harrison D, Rafferty AM, Rowan K, Sanderson C: Nurse staffing, medical staffing and mortality in Intensive Care: An observational study. *Int J Nurs Stud*; 2014, 51(5): 781-794.

Zander B, Köppen J, Busse R: Die Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In: Klauber J, Geraedts M, Friederich J, Wasem J (Hrsg.) Krankenhausreport 2017: Schwerpunkt »Zukunft gestalten«, Stuttgart 2017.

Zander B, Busse R: Die aktuelle Situation der statio-

nären Krankenpflege in Deutschland. In: Bechtel P,
Smerdka-Arhelger I, Lipp K (Hrsg): Pflege im Wandel
gestalten – Eine Führungsaufgabe; Berlin Heidelberg
(erscheint in 2017).

