



trio.be

ANALYSE VON GESUNDHEITSSYSTEMEN UND GESUNDHEITSPOLITIK

GRUNDSATZPAPIER 15

Wie lässt sich ein attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld für Fachkräfte des Gesundheitswesens schaffen?

Christiane Wiskow, Tit Albrecht und Carlo de Pietro



Schlagworte:

HEALTH PERSONNEL

PERSONNEL MANAGEMENT

JOB SATISFACTION

WORKPLACE - organization
and administration -
standards

© Weltgesundheitsorganisation 2010 und
Weltgesundheitsorganisation im Auftrag des Europäischen
Observatoriums für Gesundheitssysteme und
Gesundheitspolitik 2010

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros
für Europa richten Sie bitte an:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Webseite des Regionalbüros für
Europa ein Online-Formular für Dokumentation oder
Gesundheitsinformation bzw. die Genehmigung zum
Zitieren/Übersetzen aus: ([http://www.euro.who.int/de/
what-we-publish/publication-request-forms](http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/publication-request-forms)).

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der
Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf
Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen
Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die
Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme
seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des
rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer
Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs- oder
Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer
Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten
bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den
möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse
bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheits-
organisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber
ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit
nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von
Markenartikeln durch Großbuchstaben am Wortanfang als
solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen
Vorgehensmaßnahmen getroffen, um die in dieser Publikation
enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird
die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder
implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für
die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der
Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt
jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem
Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren,
Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten
sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der
erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Dieses Grundsatzpapier gehört
zu einer neuen Serie, die sich an
politische Entscheidungsträger
und Manager von Gesundheits-
systemen wendet.

Ziel ist, Schlüsselinformationen
zu entwickeln, die auf
Erkenntnissen beruhende
politische Entscheidungen
unterstützen. Die Herausgeber
werden die Serie weiter
ausbauen und dazu mit
Autoren zusammenarbeiten,
um mehr Aufmerksamkeit für
politische Optionen und ihre
Umsetzung zu erzielen.

Wie lässt sich ein attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld für Fachkräfte des Gesundheitswesens schaffen?

Inhalt

	Seite
Kernaussagen	
Zusammenfassung	
Grundsatzpapier	
Politisches Problem: Schlechte Arbeitsbedingungen beeinträchtigen die Fachkräfteversorgung des Gesundheitswesens und die Versorgungsqualität	1
Wie können attraktive und unterstützende Arbeitsumfelder beschrieben werden?	5
Was kann getan werden, um das Arbeitsumfeld im Gesundheitswesen zu verbessern?	7
Überlegungen zur Umsetzung	26
Zusammenfassung	29
Quellenangaben	30
Anhang	40

Autoren

Christiane Wiskow, unabhängige Spezialistin für Gesundheitsdienstleistungen, Schweiz

Tit Albreht, Zentrum für Analyse von Gesundheitssystemen, Institut für das Gesundheitswesen der Republik Slowenien, Slowenien

Carlo de Pietro, Forschungszentrum für „Health and Social Care Management“, Bocconi-Universität, Italien

Herausgeber

WHO-Regionalbüro für Europa und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Chefredakteur

Govin Permanand

Stellv. Chefredakteure

Josep Figueras

Manfred Huber

John Lavis

David McDaid

Elias Mossialos

Leitende Redakteure

Kate Willows Frantzen

Jonathan North

Caroline White

Gastredakteure

Leen Meulenbergs

Willy Palm

Matthias Wismar

Die Autoren und die Redaktion bedanken sich bei den Rezensenten, die diese Veröffentlichung kommentiert und ihr Fachwissen beigetragen haben.

Nr. 15

ISSN 1998-4219

Kernaussagen

Politisches Problem und Kontext: Schlechte Arbeitsbedingungen beeinträchtigen die Fachkräfteversorgung des Gesundheitswesens und die Versorgungsqualität

- Entscheidungsträger im Gesundheitswesen stehen vor der Herausforderung, eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsfürsorge mit einem ausreichenden Angebot an Fachkräften im Gesundheitswesen in Einklang zu bringen – und das in Zeiten bestehender oder prognostizierter Personalknappheit im Gesundheitswesen.
- Das Arbeitsumfeld stellt bei der Rekrutierung und dem Verbleib von Gesundheitsfachkräften einen wichtigen Faktor dar, wobei sich die Merkmale des Arbeitsumfelds sowohl direkt als auch indirekt auf die Qualität der Versorgung auswirken. Die Auseinandersetzung mit dem Arbeitsumfeld spielt daher eine entscheidende Rolle bei der Versorgung mit Fachkräften im Gesundheitswesen, aber auch bei deren Verbesserung, Effektivität und Motivation.
- Mit attraktiven und unterstützenden Arbeitsumfeldern sollen Anreize geschaffen werden, einen Gesundheitsberuf zu ergreifen und darin zu bleiben – und sie sollen es den Beschäftigten ermöglichen, effektiv darin zu arbeiten (um hochwertige Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen).

Politische Optionen

- Angesichts der Komplexität der Themen des Arbeitsumfelds, die es anzugehen gilt, müssen die politischen Antworten mehrdimensional, sektorübergreifend und integrativ sein. Für eine kohärente Politik sind politische Maßnahmen auf vier Ebenen ins Auge zu fassen: auf internationaler/regionaler Ebene, auf nationaler Ebene, auf Sektorebene und auf lokaler/ betrieblicher Ebene. Letztere sind dabei vorrangig, da effektive Lösungen kontextbezogen sind. Die anderen Ebenen liefern den rechtlichen und ordnungspolitischen Rahmen und bieten Orientierungshilfen und Unterstützung für die Entwicklung von Arbeitsplatzstrategien.
- Politische Ansätze zur Förderung eines gesunden Gleichgewichts zwischen Arbeits- und Familienleben und zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für die Beschäftigten sind zwei Beispiele dafür, was für ein besseres Arbeitsumfeld in Gesundheitsberufen getan werden kann.
- Um Arbeitgeber im Gesundheitswesen zu bestärken, sich für positive Arbeitsumfelder einzusetzen, könnte über die Entwicklung von Programmen zur Arbeitsplatzbeurteilung/-anerkennung nachgedacht werden.

Überlegungen zur Umsetzung

- Da viele der Faktoren, die das Arbeitsumfeld beeinflussen, außerhalb des Gesundheitswesens wirken, ist eine Zusammenarbeit über die Sektoren hinweg erforderlich. Insbesondere die Schnittstelle zwischen den Mandatsträgern in der Arbeits- und der Gesundheitspolitik muss gestärkt werden.
 - Hier kann der soziale Dialog helfen, eine nachhaltige und bereichsübergreifende Umsetzung mit vielfältigen Interessengruppen zu gewährleisten.
-

Zusammenfassung

Politisches Problem: Schlechte Arbeitsbedingungen beeinträchtigen die Fachkräfteversorgung des Gesundheitswesens und die Versorgungsqualität

Die europäischen Länder stehen vor der gemeinsamen Herausforderung, in Zeiten bestehender und prognostizierter Personalknappheiten einen gut funktionierenden Fachkräftebestand im Gesundheitswesen sicherzustellen. Einer der vielfältigen Aspekte, die die Versorgung mit entsprechenden Fachkräften und deren Leistung bestimmen, ist das Arbeitsumfeld, das eine entscheidende Rolle spielt.

Angesichts der in den nächsten Jahrzehnten erwarteten demografischen Veränderungen wird es auf dem Arbeitsmarkt zu einem verstärkten Wettbewerb um Talente kommen. Die Rekrutierung und das Binden von Fachkräften stehen im Gesundheitssektor an erster Stelle. Es gibt Erkenntnisse dafür, dass das Arbeitsumfeld im Gesundheitswesen ein wichtiger Faktor bei der Fachkräfterekrutierung und deren Verbleib im Beruf ist.

Darüber hinaus kann das Arbeitsumfeld die Qualität der Versorgung beeinflussen. Seine Merkmale wirken sich auf die betriebliche Funktionalität, die individuelle Zufriedenheit, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die kontinuierliche Weiterentwicklung und die Unternehmenskultur aus. Schlechte Arbeitsbedingungen begünstigen medizinische Fehler, Stress und „Burnout“, Fehlzeiten und eine hohe Mitarbeiterfluktuation, was wiederum die Versorgungsqualität beeinträchtigt.

Als Arbeitsdefinition kann ein attraktiver und unterstützender Arbeitsplatz als ein Umfeld beschrieben werden, das Gesundheitsberufe für den Einzelnen attraktiv macht, ihn ermutigt, im Gesundheitswesen zu bleiben, und eine effektive Leistung ermöglicht.

Für die Entwicklung einer kohärenten Politik, die ein Arbeitsumfeld gewährleistet, das Gesundheitsfachkräfte anlockt und bindet, müssen politische Maßnahmen auf vier Ebenen ins Auge gefasst werden: auf internationaler/regionaler Ebene, auf nationaler Ebene, auf Sektorebene und auf lokaler/betrieblicher Ebene. Eine Verbesserung des Arbeitsumfeldes wird den Einsatz von Maßnahmen erfordern, die für den jeweiligen Kontext eines bestimmten Gesundheitssystems relevant (und anwendbar) sind. Auch sollten diese Maßnahmen internationale Standards beachten und regionale Harmonisierungsbemühungen berücksichtigen.

Effektive Lösungen sind kontextbezogen, sodass die lokale und betriebliche Ebene Vorrang haben muss. Die anderen Ebenen liefern den rechtlichen und ordnungspolitischen Rahmen und bieten Orientierungshilfen und Unterstützung für die Entwicklung von Arbeitsplatzstrategien.

Politische Optionen

Ein wesentlicher Trend, der sich bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen beobachten lässt, ist das Streben nach einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Aufgrund der geschlechterspezifischen Dimension ist ein familienfreundliches Arbeitsumfeld ein besonderes Anliegen im Gesundheitswesen, wo die Mehrzahl der Beschäftigten Frauen sind und eine zunehmende Feminisierung in traditionell von Männern dominierten Berufen beobachtet werden kann. In Zeiten, in denen die Verantwortung für die Familie weitgehend bei den Frauen liegt, können Beschäftigungsformen, die eine Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Anforderungen ermöglichen, die Chancengleichheit für Beschäftigung und Karriere verbessern. Auch das Thema Mutterschutz ist im Hinblick auf die vorwiegend weiblichen Beschäftigten und die mögliche Gefährdung durch Gesundheitsrisiken in diesem Beschäftigungsbereich von großer Bedeutung. Die Förderung „familienfreundlicher“ Beschäftigungsmöglichkeiten und die Verbesserung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz stellen daher Bereiche dar, in denen man konzertierte politische Ansätze verfolgen kann.

Zu den konkreteren politischen Antworten gehören hier flexible Arbeitszeitmodelle, besonderer Schutz vor Berufsrisiken, Arbeitsplatzsicherheit, Ausgleich für Arbeitszeitverkürzung, Mutterschutz/ Erziehungsurlaub und die Bereitstellung von Kinderbetreuungseinrichtungen. Diese Bereiche erfordern in erster Linie Maßnahmen auf betrieblicher Ebene, unterstützt von der nationalen Politik und Gesetzgebung.

Durch die Art ihrer Tätigkeit sind die Beschäftigten im Gesundheitswesen darüber hinaus vielen verschiedenen beruflichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt: Ein Drittel der Beschäftigten im Gesundheitswesen sehen ihre Gesundheit aufgrund ihrer Tätigkeit als gefährdet an. Es ist daher entscheidend, dass politische Maßnahmen umgesetzt werden, die gewährleisten, dass das Arbeitsumfeld im Gesundheitswesen so sicher wie möglich ist. Folgende Bereiche sind hier von besonderer Bedeutung: biologische Risiken einschließlich Infektionen aufgrund von Verletzungen durch scharfe oder spitze Instrumente sowie psychosoziale Risiken, einschließlich Stress und Gewalt am Arbeitsplatz. Zu den Konsequenzen auf betrieblicher Ebene gehören Fehlzeiten, eine geringere Produktivität, Unfälle und Fehler.

Es ist unbestritten, dass umfassende Managementsysteme für die Sicherheit und Gesundheit im Beruf ein solider Weg sind, den Gesundheitsschutz nachhaltig auf betrieblicher Ebene zu etablieren. Im Mittelpunkt solcher Systeme stehen die Verhütung und die Kontrolle gesundheitlicher Risiken.

Was die Bemühungen betrifft, Fortschritte bei Problemen des Arbeitsumfeldes zu erzielen, liegt ein vielversprechender Ansatz in der Entwicklung und Einführung von Prozessen und Werkzeugen, mit denen Arbeitsumfelder

auf betrieblicher Ebene bewertet und verglichen sowie vorbildliche Praktiken erkannt und auf das gesamte System angewandt werden können. Idealerweise verbindet dieser Ansatz Faktoren, die die Attraktivität einer Einrichtung bei der Rekrutierung und der Bindung von Gesundheitsfachkräften zum Gegenstand haben, mit Elementen der Qualitätssicherung für bessere Behandlungsergebnisse.

Insbesondere könnte man über den Einsatz von Programmen zur Arbeitsplatzbewertung und -zertifizierung nachdenken. Obgleich einige existierende Modelle gewisse Einschränkungen im Hinblick auf ihren Einsatz im Gesundheitsbereich aufweisen können (wie die Konzentration auf eine einzelne Berufsgruppe, den fehlenden Aspekt der Versorgungsqualität und das Hervorheben der Gesundheitsförderung im Krankenhausumfeld), könnte die Entwicklung eines neuen Rahmens für Bewertungs- und Zertifizierungsprogramme, die in den Gesundheitssektoren verschiedener europäischer Länder einsetzbar sind, nützlich sein. Die Aufgabe von Maßnahmen auf nationaler und sektoraler Ebene ist es, das Engagement (von Arbeitgebern im Gesundheitswesen) für eine Verbesserung von Arbeitsumfeldern zu fördern, beispielsweise durch die Unterstützung von Benchmarkstudien und Anerkennungsprogrammen.

Überlegungen zur Umsetzung

Viele Faktoren, die das Arbeitsumfeld beeinflussen, wirken außerhalb des Gesundheitswesens. Für Ansätze, die das Arbeitsumfeld von Beschäftigten im Gesundheitswesen effektiv verbessern, ist eine branchenübergreifende Zusammenarbeit unerlässlich. Insbesondere die Schnittstelle zwischen den Mandatsträgern in der Arbeits- und der Gesundheitspolitik sollte gestärkt werden. Entscheidungsträger im Gesundheitswesen müssen sicherstellen, dass auf allen Ebenen des Gesundheitssystems gezielt Kapazitäten für Beschäftigungsthemen zur Verfügung stehen.

Der soziale Dialog ist ein wesentliches Mittel, um nachhaltige Verbesserungen bei den Gesundheitsleistungen zu erreichen, und das steht in einem positiven Zusammenhang mit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen auf betrieblicher Ebene. Auf europäischer Ebene bemüht sich der „Ausschuss für den Sozialdialog im Krankensektor in der Europäischen Union (EU)“ über den konstruktiven sozialen Dialog eine Verbesserung der Beschäftigungsqualität und der Qualität der Leistungen im Krankensektor herbeizuführen. Es ist notwendig, die Kapazitäten der Sozialpartner auf nationaler, sektoraler und betrieblicher Ebene in mehreren europäischen Ländern auszubauen.

Grundsatzpapier

Politisches Problem: Schlechte Arbeitsbedingungen beeinträchtigen die Fachkräfteversorgung des Gesundheitswesens und die Versorgungsqualität

Die europäischen Länder stehen vor der gemeinsamen Herausforderung, in Zeiten bestehender und prognostizierter Personalknappheiten einen gut funktionierenden Fachkräftebestand im Gesundheitswesen sicherzustellen (1). Von den vielen Aspekten, die die Versorgung mit entsprechenden Fachkräften und deren Leistung bestimmen, spielt das Arbeitsumfeld eine entscheidende Rolle.

Dieses Grundsatzpapier betrachtet politische Ansätze, die zur Schaffung eines positiven Arbeitsumfelds eingesetzt werden können, und die auf diese Weise die Rekrutierung und Bindung von Fachkräften im Gesundheitswesen verbessern und zum Erreichen hochwertiger Gesundheitsdienstleistungen beitragen. Fragen des Arbeitsumfelds betreffen im Allgemeinen alle Arbeitnehmer in allen Arten von Gesundheitsdienstleistungen – mit Abweichungen, die von den Merkmalen der beruflichen Funktion oder Arbeitssituation abhängen. Dieses Grundsatzpapier beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit Ansätzen für Ärzte und Pflegepersonal, da diese den größten Teil der Beschäftigten im Gesundheitswesen ausmachen, ohne dass damit die Relevanz für andere Berufsgruppen ausgeschlossen wird.

Personalbeschaffung und -bindung

Die Rekrutierung und Bindung von Fachkräften sind vorrangige Themen im Gesundheitswesen. Insbesondere die weltweite Diskussion über die internationale Migration von Gesundheitsfachkräften hat dazu geführt, dass immer häufiger die Gründe hinterfragt werden, warum Beschäftigte im Gesundheitswesen bleiben oder abwandern. Untersuchungen in diesem Zusammenhang haben gezeigt, dass das Arbeitsumfeld ein wichtiges Kriterium bei der Personalbeschaffung und -bindung darstellt.

Die Hauptfaktoren, die zu einer Abwanderung führen, die sogenannten „Push-Faktoren“, hängen mit dem Arbeitsumfeld zusammen. Zu ihnen zählen eine geringe Bezahlung, schlechte Arbeitsbedingungen, begrenzte Fortbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten, unsichere Arbeitsplätze und zu geringe Ressourcen, um effektiv arbeiten zu können. Die Entscheidung, wegzugehen, wird auch von Elementen des größeren sozioökonomischen Umfelds wie einer politischen oder wirtschaftlichen Instabilität, den Auswirkungen des HIV-Virus oder Sicherheitsfragen beeinflusst. Beschäftigte im Gesundheitswesen gehen dorthin, wo sie bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen finden können. Die sogenannten „Pull-Faktoren“ sind daher das Spiegelbild der Push-Faktoren und beinhalten bessere Bezahlung, besser ausgestattete Gesundheitssysteme und Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung (2,3).

Der Mangel an Gesundheitsfachkräften wurde zum Anlass genommen, Untersuchungen der Bestimmungsfaktoren für einen vorzeitigen Ausstieg aus Gesundheitsberufen und der Gründe durchzuführen, warum junge Leute sich nicht für eine Karriere im Gesundheitsbereich entscheiden. Während in den Pflegeberufen die Unzufriedenheit mit der Höhe des Gehalts besonders ausgeprägt ist (58 bis 90 % in einigen europäischen Ländern), scheinen andere Faktoren, wie ein geringes Ansehen, begrenzte Eigenständigkeit und Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen für einen Ausstieg aus dem Beruf noch entscheidender zu sein. Eine deutsche Studie fand heraus, dass bei Ärzten Entscheidungswege, Anerkennung, Arbeitsplatzsicherheit, kontinuierliche Weiterbildung und kollegiale Beziehungen einen direkten Einfluss auf den Grad der Arbeitszufriedenheit haben (4).

Die demografischen Veränderungen (Alterung der Bevölkerung und schwächere jüngere Geburtenjahrgänge) in vielen Ländern Europas (3,4) lassen vermuten, dass es in den nächsten Jahrzehnten auf den europäischen Arbeitsmärkten einen verstärkten Wettbewerb um Talente geben wird. Die Gesundheitssektoren sind zentrale Teile der nationalen Wirtschaften und stellen einen wichtigen Arbeitsmarkt in Europa dar: Die Beschäftigung im Gesundheitswesen macht 10 % der Gesamtbeschäftigung aus (5). Gesundheitsfachkräfte sind auf dem Arbeitsmarkt konkurrenzfähig und werden gesucht. Darüber hinaus wird sich der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen gegen die Konkurrenz anderer Arbeitgeber behaupten müssen, wenn es für jüngere Generationen darum geht, Entscheidungen über den beruflichen Werdegang zu treffen. Da der Gesundheitsbereich einige der charakteristischen, ungünstigen Arbeitsbedingungen wie Nacharbeit, Arbeit am Wochenende und an Feiertagen nicht ändern kann, muss er jungen Leuten andere Anreize bieten, damit sie über einen Gesundheitsberuf nachdenken.

Auch angesichts der Tatsache, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen im selben Maße wie die Gesamtbevölkerung älter werden, ist es wichtig, mehr junge Leute anzulocken. Zum Teil ist das aufgrund der Unterschiede in den Geburtsjahrgängen notwendig, zum Teil aufgrund der im Zeitablauf schwankenden Studentenzahlen (6). In den meisten Ländern wurde gegen Ende des 20. Jahrhunderts der Zugang zu medizinischen Studiengängen weiter eingeschränkt. Diese Faktoren könnten Entwicklungen innerhalb einzelner Berufsgruppen beeinflussen und die Fachkräfteplanung im Gesundheitsbereich weiter verkomplizieren.

Das Gesundheitswesen steht außerdem vor der paradoxen Herausforderung, eine steigende Nachfrage mit geringeren oder begrenzten Mitteln zu befriedigen. Demografische und epidemiologische Veränderungen haben einen wichtigen Einfluss auf die Bedarfsentwicklung im Gesundheitssektor. Nach wie vor sind Gesundheitssysteme im Wesentlichen auf die Bedürfnisse und Erwartungen

ausgerichtet, die sich aus der Behandlung von Akutpatienten ergeben, mit einer langsamen Reaktionszeit und einer schwierigen Logistik. Hier muss es einen alternativen Ansatz geben, der nicht nur verschiedene Aspekte der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung integriert, sondern auch verschiedene Fachgebiete zusammenführt, die für die Bedürfnisse dieser Patienten von Bedeutung sind.

Zurzeit ist die Gruppe der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Europa nicht so strukturiert, dass sie den Bedürfnissen, der Nachfrage und gleichzeitig den Herausforderungen der aktuellen (und kurzfristig) prognostizierten epidemiologischen Situationen entsprechen kann. Es scheint, dass die folgenden Bedürfnisse zu berücksichtigen sein werden: (insbesondere im Pflegebereich) eine bessere Qualifikation für den Umgang mit chronisch Kranken, eine Spezialisierung der Fachkräfte in den Schlüsselberufen des Gesundheitswesens (Mediziner, Pflegekräfte, Physiotherapeuten), um der neuen Nachfrage zu entsprechen, und langfristige Pflegeleistungen (personelle Ressourcen sowie Qualifikation). Diese wiederum sollten eine größere Flexibilität bei der Organisation der Arbeitszeit und insbesondere im Hinblick auf die Arbeit in unterschiedlichen Umgebungen (wie Hausbesuche bei Patienten, in Altenheimen und Pflegeheimen) bieten.

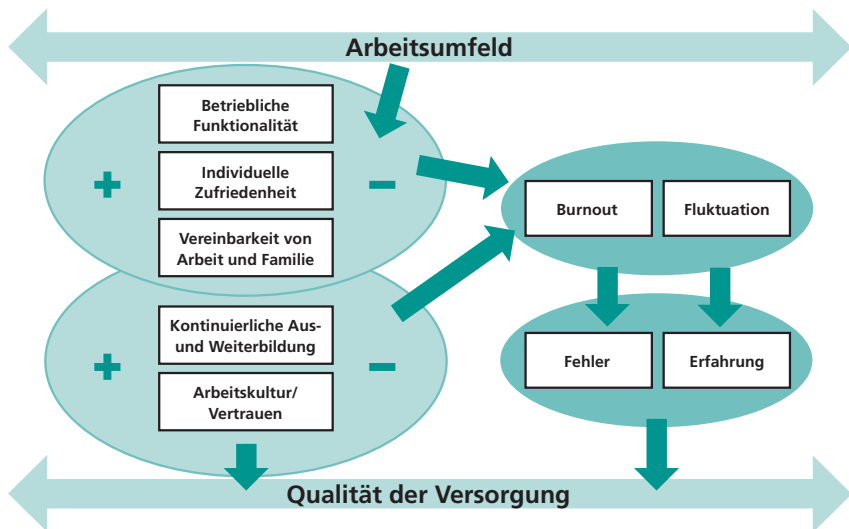
In Europa entfallen etwa 70 % der Kosten im Gesundheitswesen auf Gehälter und die mit der Beschäftigung verbundenen Aufwendungen (7). Folglich war es charakteristisch für viele Gesundheitsreformen, dass deren Schwerpunkt auf der Kostendämpfung lag. Dies wirkte sich beispielsweise über unsichere Arbeitsplätze (als Begleiterscheinung der flexibleren Beschäftigungspraktiken) und erhöhte Arbeitsbelastung (aufgrund von Personalabbau oder erhöhtem Leistungsdruck) direkt auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen aus (*unveröffentlichtes Dokument der WHO, 2005*). Zu den aktuellen Beispielen für Reaktionen auf den Verlust öffentlicher Mittel zählen die längeren Arbeitszeiten für Krankenhausmitarbeiter in Estland, das Einfrieren der Gehälter in öffentlichen Krankenhäusern in Bulgarien und Ungarn und die Gehaltskürzungen im öffentlichen Dienst, die in Irland verkündet wurden (mit erwarteten Einkommensverlusten von 14 % für Pflegekräfte im mittleren Bereich und für Geburtshelfer) (8).

Den mit der Verbesserung des Arbeitsumfelds verbundenen Kosten müssen die durch schlechte Arbeitsbedingungen verursachten Kosten für Fluktuation, Fehlzeiten und medizinische Fehler gegenübergestellt werden. Schätzungen besagen, dass die durch Fluktuation direkt oder indirekt entstandenen Kosten pro Pflegekraft in Australien bei 16.600 USD liegen, in Kanada bei 10.100 USD, in Neuseeland bei 10.200 USD und in den USA bei 33.000 USD (4).

Arbeitsumfeld und Qualität der Versorgung

Es ist allgemein anerkannt, dass das Arbeitsumfeld die Qualität der geleisteten Versorgung beeinflusst. Trotz der gefühlsmäßigen Art dieser Verbindung sind messbare Konzepte und Kennzahlen für die Bewertung notwendig. Abbildung 1 zeigt in Form eines groben Modells, welche Verbindungen zwischen einigen Hauptelementen des Arbeitsumfelds und der Qualität der Versorgung bestehen. Während sich die verfügbare Literatur meist auf Pflegeberufe bezieht, scheinen die Daten allgemein für Beschäftigte in Institutionen im Gesundheitswesen relevant zu sein.

Abb. 1: Verbindungen zwischen Arbeitsumfeld und Qualität der Versorgung



Die in Abb. 1 gezeigten Verbindungen verdeutlichen die wesentlichen Beziehungen, die in der Literatur analysiert werden. Die wirklichen Einflussfaktoren sind jedoch komplexer und beinhalten noch verschiedene andere Verbindungen zwischen den in der Abbildung gezeigten Elementen. Die Intuition sagt uns, dass es beispielsweise Verbindungen zwischen der Fluktuation und dem Konzept von Vertrauen gibt. Außerdem ist Burnout ein Prädiktor von Fluktuation (9).

Abgesehen von der (in der Literatur bewiesenen) Verbindung zwischen der Personalausstattung im Pflegebereich und der Qualität der Versorgung (9,10,11,12), beeinflussen die Merkmale des Arbeitsumfelds folgende Punkte, und werden teilweise von ihnen beeinflusst:

- *Organisatorische Funktionalität*, z. B. interne Kommunikationssysteme, die die richtigen Informationen zur richtigen Zeit an die richtigen Personen weitergeben
- *Individuelle Zufriedenheit*, z. B. die Unterstützung der Fachkräfte durch das Management und die Anerkennung durch Patienten oder die Gesellschaft als Ganzes
- *Vereinbarkeit von Familie und Arbeit*, z. B. Bereitstellung von Kinderbetreuungsleistungen und Reduzierung von Bereitschaftsdiensten
- *Personalentwicklung (praktisch und theoretisch)*, z. B. Möglichkeit für Mitarbeiter, Kurse zu besuchen
- *Unternehmenskultur*, z. B. kompetente Führung und Aufbau von Vertrauen als Kernelement der Arbeitseffektivität

Die ersten drei Größen wirken sich über Fehler, Burnout und Fluktuation auf die verschiedenen Aspekte der Versorgungsqualität aus. Das haben verschiedene Studien gezeigt, in denen die Qualität der Versorgung üblicherweise über die Sterblichkeitsrate, Tod durch unvorhergesehene Komplikationen („failure to rescue“), Wiedereinlieferungen, vom Patienten wahrgenommene Qualität, Patientenzufriedenheit, vom Pflegepersonal wahrgenommene Qualität, Dauer des Aufenthalts usw. gemessen wurde (13, 14, 15, 16). Auch kann man davon ausgehen, dass sich eine kontinuierliche Weiterentwicklung und – trotz schwächerer Belege – der Aufbau von Vertrauen positiv auswirken.

Wie können attraktive und unterstützende Arbeitsumfelder beschrieben werden?

Es gibt keine einheitlichen Definitionen der Begriffe „Arbeitsumfeld“ oder „Arbeitsbedingungen“. In den meisten Fällen werden beide Begriffe synonym verwendet. Gefühlsmäßig stellt man sich vor, dass die „Arbeitsbedingungen“ sich auf Dinge beziehen, die direkt mit dem Beschäftigungsverhältnis und der Arbeit zu tun haben, wohingegen das „Arbeitsumfeld“ weiter gefasst zu sein scheint und Aspekte beinhaltet, die das Leben und die Arbeit beeinflussen. Darüber hinaus umfassen beide Begriffe üblicherweise Elemente, deren Zusammensetzung in Schwerpunkt und Umfang variieren können. Zu den Aspekten, die in der Literatur regelmäßig genannt werden, gehören das Beschäftigungsverhältnis (z. B. Vertragsarten), das Einkommen (Gehalt und Sozialleistungen), die Arbeitszeit, Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz, die berufliche Entwicklung (einschließlich Aus- und Weiterbildung) und die Arbeitsorganisation (einschließlich Personalausstattung und Arbeitsteilung). Gleichwohl kann das Arbeitsumfeld allgemein als der Ort, die Bedingungen und die Umgebungseinflüsse beschrieben werden, an dem bzw. unter denen Personen einer Beschäftigung nachgehen (17, 18).

Ein „attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld“ bezieht sich auf die qualitative Dimension von Arbeit. In dieser Hinsicht kann man ein attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld als ein Umfeld beschreiben, das Gesundheitsberufe für den Einzelnen attraktiv macht, ihn ermutigt, im Gesundheitswesen zu bleiben, und eine effektive Leistung ermöglicht. Die Bereitstellung eines attraktiven Arbeitsumfelds soll Anreize für die Aufnahme eines Berufs im Gesundheitswesen (Personalrekrutierung) und den Verbleib darin (Bindung) schaffen. Unterstützende Arbeitsumfelder ermöglichen es darüber hinaus den Beschäftigten im Gesundheitswesen, effektiv zu arbeiten und ihr Wissen, ihre Fähigkeiten, ihre Kompetenzen sowie die verfügbaren Mittel bestmöglich zu nutzen, um hochwertige Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen. Hier liegt die Schnittstelle zwischen dem Arbeitsumfeld und der Versorgungsqualität.

In der EU war die Verbesserung der Arbeitsqualität seit dem Jahr 2000 integrativer Bestandteil der Europäischen Sozialagenda und der europäischen beschäftigungspolitischen Leitlinien, illustriert durch das Motto der Strategie „more and better jobs“ (dt.: mehr und bessere Arbeitsplätze) (19,20). Seitdem wird diskutiert, was die „Qualität der Arbeit“ ausmacht und wie sie gemessen werden könnte, sodass sie die sozioökonomische Realität und die Entwicklungen in der Arbeitswelt widerspiegelt (21).

Eine aktuelle Überprüfung von Qualitätskennzahlen schlug in diesem Zusammenhang ein allgemeines Modell für Arbeitsqualität vor (22). Die Autoren unterschieden zwei Hauptfaktoren: die „Arbeitsqualität“ (work quality), also die wesentlichen Merkmale der erfüllten Aufgabe und des Umfelds, in der sie ausgeübt wird, und die „Beschäftigungsqualität“ (employment quality), die sich auf das Beschäftigungsverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bezieht. Beide Bereiche beeinflussen die Gesamtqualität des Arbeitsumfelds oder, wie es die Autoren bezeichneten, die „Job-Qualität“ (job quality). Tabelle 1 erfasst die wesentlichen Dimensionen und Elemente der Qualität des Arbeitsumfelds.

Im Hinblick auf das Gesundheitswesen können verschiedene Ansätze genutzt werden, um die Arbeitsqualität zu beschreiben. Je nach Blickwinkel können sie das Thema von verschiedenen Seiten aus angehen. So liegt beispielsweise der Schwerpunkt beim Konzept der Magnet-Krankenhäuser auf Aspekten, die insbesondere aus der Sicht der Pflegefachkräfte von Bedeutung sind.

Die Kampagne „Positive Praktiken“, die 2008 gemeinsam von Weltgesundheitsvereinigungen ins Leben gerufen wurde, beschreibt Merkmale von Arbeitsumgebungen, die die Gesundheit, die Sicherheit und das Wohlergehen von Mitarbeitern gewährleisten und dabei gleichzeitig eine hochwertige Patientenversorgung unterstützen (23). Diese Merkmale spiegeln im Wesentlichen die oben beschriebenen Elemente der Qualität des Arbeitsumfelds wider, wenn auch ergänzt durch fachliche Anerkennung, effektive Managementpraktiken, faire Arbeitsbelastung und sichere Personalausstattung.

Tabelle 1: Qualität des Arbeitsumfelds: Dimensionen und Faktoren/Elemente

Dimension	Elemente
Beschäftigungsqualität	Löhne Vertragsart Arbeitszeit, inklusive Arbeitspläne und Vereinbarkeit Familie – Arbeit Sozialleistungen Mitwirkung Fachliche Weiterentwicklung (Aus- und Fortbildung)
Arbeitsqualität	Arbeitsautonomie Arbeitsorganisation (inklusive Arbeitsteilung und Personalausstattung) Unternehmenskultur und Vertrauen Sicherheit und Gesundheit Arbeitstempo Soziales Arbeitsumfeld

Quelle: Anpassung des Arbeitsqualitätsmodells von Muñoz de Bustillo et al. (22).

Was kann getan werden, um das Arbeitsumfeld im Gesundheitsbereich zu verbessern?

Gesamtrahmen: integrative Ansätze für Kohärenz in der Politik

Eine Verbesserung des Arbeitsumfelds erfordert den Einsatz von Maßnahmen, die für den jeweiligen Kontext eines bestimmten Gesundheitssystems relevant und anwendbar sind, dabei internationale Standards beachten und regionale Harmonisierungsbemühungen berücksichtigen. Politische Antworten sollten daher auf vier Ebenen ins Auge gefasst werden: international/regional, national, sektoral und auf lokaler/betrieblicher Ebene, um eine politische Kohärenz zu gewährleisten und die Nachhaltigkeit der Maßnahmen zu erhöhen.

Politische Maßnahmen und Instrumente zur Verbesserung des Arbeitsumfelds stehen in Form von Standards, Gesetzen, Beschlüssen und Rahmenvereinbarungen zur Verfügung. Internationale Standards in Verbindung mit regionalen und nationalen Gesetzen sind Instrumente, um die Anwendung bestehender Standards bei der Versorgungsqualität durchzusetzen und die Rechte der Arbeitnehmer zu schützen. Jedoch reichen Standards und Gesetze allein nicht aus, um die Probleme anzugehen, die bei der Rekrutierung und Bindung von Gesundheitsfachkräften im Hinblick auf das Arbeitsumfeld existieren. In Bezug auf die Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz beobachtete die Europäische

Kommission beispielsweise Mängel bei der Anwendung der Gemeinschaftsgesetzgebung, insbesondere in gefährdeten Branchen und für gefährdete Arbeitnehmer (24). Da viele der Instrumente auf internationaler oder nationaler Ebene in ihrem Anwendungsbereich allgemein gehalten sind, ist es die Aufgabe der sektoralen Ebene, die relevanten Standards und Maßnahmen zu identifizieren und sie an die Besonderheiten des Arbeitsumfelds im jeweiligen Gesundheitssystem anzupassen.

Angesichts des Tempos der sozioökonomischen und technologischen Veränderungen und deren beträchtlichen Auswirkungen auf die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen, müssen politische Reaktionen aufkommende Probleme kontinuierlich widerspiegeln. Es ist die betriebliche Ebene, die vor dem Problem steht, Politik in die Praxis umzusetzen und Maßnahmen (zeitnah) an Entwicklungen und Veränderungen der Arbeitswirklichkeit anzupassen. Effektive Lösungen sind kontextbezogen, sodass die lokale und betriebliche Ebene Vorrang haben muss. Die anderen Ebenen liefern den rechtlichen und ordnungspolitischen Rahmen und bieten Orientierungshilfen und Unterstützung für die Entwicklung von Arbeitsplatzrichtlinien. Es ist Aufgabe der betrieblichen Ebene, Entwicklungen zu beobachten und Rückmeldung zu aufkommenden neuen Problemen zu geben, die Maßnahmen auf anderen Ebenen erfordern. Abbildung 2 fasst Beispiele für Maßnahmen und Themen für jede der vier Ebenen zusammen.

Abb. 2: Ebenen der Politik und Maßnahmen



Es gibt vielfältige Probleme in Bezug auf das Arbeitsumfeld, und als Reaktionen darauf können verschiedene Strategien eingesetzt werden. Eine Verbesserung der Entlohnung gehört zu den offensichtlichen politischen Optionen, die üblicherweise diskutiert werden. Gehaltserhöhungen allein sind jedoch nicht

die Lösung, da andere Faktoren noch wichtiger zu sein scheinen (4). Tatsächlich sind die Faktoren, die das Arbeitsumfeld beeinflussen, mehrdimensional und stehen oft in einer Wechselbeziehung zueinander. Daher sollten Strategien verschiedene Maßnahmenkombinationen beinhalten – vielleicht einschließlich der Bezahlung – und zeitgleiche Aktivitäten auf unterschiedlichen politischen Ebenen umfassen. Kasten 1 zeigt zwei Beispiele für nationale Strategien, die die Versorgung mit Pflegepersonal verbessern sollen.

Kasten 1. Beispiele nationaler Strategien zur verbesserten Rekrutierung und Bindung von Pflegekräften

Tschechien

Als Antwort auf eine ernsthafte Knappheit an Pflegekräften hat Tschechien 2008 ein Programm mit „Stabilisierungsmaßnahmen“ gestartet. Zu den verschiedenen Maßnahmen gehörten die Folgenden:

- Finanzielle Maßnahmen – Hochstufung von Pflegekräften in höhere Gehaltsstufen und verbesserte Sozialleistungen in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen
- Fachliche Weiterentwicklung – verbesserter Zugang zu staatlich subventionierten Fachausbildungen für Pflegekräfte; Unterstützung von modernen kontinuierlichen Programmen zur beruflichen Entwicklung
- Fachliche Autonomie – Verhandlungen und Gesetzesänderungen zur Ausweitung der Kompetenzen von Pflegekräften
- Vereinbarkeit von Familie und Arbeit – Unterstützung bei der Rückkehr aus dem Mutterschutz einschließlich der Bereitstellung von Kinderbetreuungseinrichtungen, flexiblen Arbeitszeiten und Teilzeitverträgen
- Daten zu den Beschäftigten – Beobachtung der Beschäftigten- und Studentenzahlen über ein Register der Fachkräfte im Gesundheitswesen.

Bis 2009 war der Mangel an Pflegekräften um die Hälfte reduziert, teils als Ergebnis dieser Maßnahmen, aber vermutlich zum Teil auch aufgrund der wirtschaftlichen Situation (gestiegene Arbeitslosigkeit).

Belgien

Unterstützt von erheblichen öffentlichen Investitionen wurde 2008 ein nationaler Vierjahresplan aufgestellt, um die Attraktivität des Pflegeberufs und die Versorgungsqualität zu steigern. Auf den folgenden vier Hauptaktionsfeldern wird eine Kombination von Maßnahmen umgesetzt:

- Arbeitsbelastung und Stressniveaus von Pflegekräften werden gesenkt (über mehr Personal, unterstützende Maßnahmen zur Hochstufung von Zusatzqualifikationen und die Bereitstellung von IT-Systemen zur Verringerung der administrativen Arbeiten).
- Qualifikationen werden gezielt verbessert (durch kontinuierlichere Fortbildung, stärkere Spezialisierung und die Einführung des Master-Abschlusses).

Kasten 1. Beispiele nationaler Strategien zur verbesserten Rekrutierung und Bindung von Pflegekräften (Forts.)

- Die Entlohnung wird geändert (d. h. Bonuszahlungen für Arbeit zu „unsozialen Zeiten“ und Gehaltserhöhungen für anerkannte Fachrichtungen und Pflegekräfte in führenden Positionen).
- Es wird an sozialer Anerkennung und Beteiligung an Entscheidungen gearbeitet (durch die Unterstützung von Vertretern der Pflegekräfte innerhalb der Behörden und Organe im Gesundheitswesen).

Quellen: Präsentationen nationaler Fachleute beim Dialog über Grundsatzfragen, Leuven, April 2010 (unveröffentlicht); (Safrankova, A., und Di Cara, V., Tschechien; Lardennois, M., Belgien).

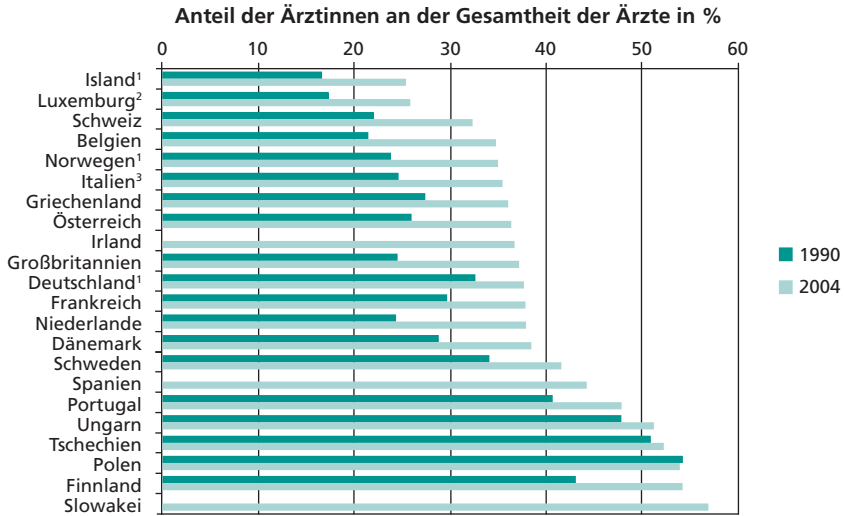
Dieser Abschnitt untersucht zwei strategische Ansätze, die sich mit speziellen Themen des Arbeitsumfelds befassen. Er konzentriert sich auf ausgewählte Themenbeispiele, die pragmatische Möglichkeiten zeigen, d. h. Möglichkeiten im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie sowie die Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz.

Das Streben nach Modellen für eine bessere Vereinbarkeit von Arbeit und Familie ist einer der wesentlichen Trends, die in der Literatur zu beobachten sind, und es wurde festgehalten, dass eine familienfreundliche Politik den Verbleib von Gesundheitsfachkräften im Beruf verbessert (25). Sorgen über die Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz sind Hauptgründe für einen frühen Ausstieg aus Gesundheitsberufen und können zu beträchtlichen Kosten in Verbindung mit Krankheit, Fehlzeiten und Mitarbeiterfluktuation führen. Diese beiden Beispiele sind für alle Berufsgruppen und Arbeitssituationen von Bedeutung. Außerdem haben sie eine niedrige Zugangsschwelle und bieten Möglichkeiten für Maßnahmen auf betrieblicher Ebene.

Förderung familienfreundlicher Arbeitsplatzmöglichkeiten zur Verbesserung des Arbeitsumfelds

Charakteristisch für die Beschäftigten im Gesundheitswesen ist der große Anteil der Frauen. Abgesehen von den Pflegeberufen, die traditionell vorwiegend von Frauen ausgeübt wurden, gibt es mittlerweile auch weitere Berufsgruppen, beispielsweise Ärzte, die eine zunehmende Feminisierung erfahren haben (Abb. 3). Die Mehrheit der Medizinstudenten in den meisten europäischen Ländern sind Frauen: 70 % der Studienanfänger an medizinischen Fakultäten in Großbritannien sind Frauen; in Belgien machen sie 59,5 % der neuen Absolventen aus (26,27). Das ist das Ergebnis einer größeren Chancengleichheit bei der Berufswahl. Eine solche Entwicklung bringt jedoch neue Herausforderungen mit sich, da sie die Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse von Frauen und

Abb. 3. Anteil der Ärztinnen an der Gesamtheit der Ärzte, in Prozent, in ausgewählten Ländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 1990 und 2004



Quelle: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2008 (Gesundheitsdaten für 2007). ¹ Daten für 1991; ² Daten für 1992; ³ Daten für 1993 (4).

Männern am Arbeitsplatz notwendig macht. In der Tat unterscheidet sich die Teilnahme der Frauen an der Arbeitnehmerschaft im Gesundheitswesen von der der Männer. Ärztinnen tendieren dazu, weniger Stunden zu arbeiten, gar nicht mehr zu praktizieren (oder auf einem niedrigeren Niveau), insbesondere im gebärfähigen Alter, und gehen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in den vorzeitigen Ruhestand (28).

Da Frauen den Hauptteil der familiären Pflichten tragen, stehen sie oftmals vor größeren Hindernissen in ihrer beruflichen Entwicklung als ihre männlichen Kollegen. Das wird häufig durch die Erwartung belegt, dass jemand, der karriereorientiert ist, länger arbeiten sollte, nicht aufgrund familiärer Pflichten fehlen sollte, und so weiter. Solche Einstellungen können Fachkräfte mit familiären Verpflichtungen stark benachteiligen, insbesondere Frauen. Ein Ansatz der Chancengleichheit ist daher notwendig, um weibliche Gesundheitsfachkräfte nicht zu benachteiligen, insbesondere in den frühen Jahren ihrer beruflichen Laufbahn. Der Konflikt zwischen den beruflichen Anforderungen und denen des Familienlebens trifft auch Männer, wenn sie einen Teil der Kinderbetreuung oder andere familiäre Pflichten übernehmen. Der Veränderungsdruck hin zu gleichberechtigten und aus Sicht der Geschlechter ausgewogenen

Arbeitsplätzen wächst, nicht nur aufgrund der steigenden Zahl von Frauen, die eine berufliche Karriere verfolgen, sondern auch, weil viele von ihnen jetzt Managementfunktionen übernehmen.

Ein spezielles Element hier sind die mit der Mutterschaft verbundenen Probleme. Das Arbeitsumfeld muss eine Schwangerschaft als normalen Teil in der Berufslaufbahn einer Frau aufnehmen und angemessene Arbeitsplatzgestaltungen anbieten, um die Bedürfnisse schwangerer Frauen zu unterstützen. Nur eine solche Unternehmenskultur kann ein Umfeld bieten, in dem weibliche Gesundheitsfachkräfte das Gefühl haben werden, dass sie ihren männlichen Kollegen gleichgestellt sind, und dass sie einen Anreiz haben, Beruf und Familie zu kombinieren. Die Unterstützung dieser Bedürfnisse kann zu einem wichtigen Anreiz für junge Leute werden, eine Karriere im Gesundheitswesen anzustreben.

Ein Versäumnis, die Konflikte zwischen den beruflichen Anforderungen und denen der Familie anzugehen, kann negative Folgen haben, zum Beispiel Stress und das Burnout-Syndrom (29), erhöhte Fehlzeiten, die Notwendigkeit, das Beschäftigungsverhältnis zu verlassen, um den familiären Verpflichtungen nachzukommen, und ein geringeres Interesse von jungen Leuten am Gesundheitswesen, wenn sie sich für ihren beruflichen Werdegang entscheiden. Solche Entwicklungen wurden bereits beschrieben und betreffen fast jedes Land in Europa, insbesondere dort, wo die fehlende Abstimmung zwischen Familienleben und beruflichem Leben in „Nichtbeschäftigung“ mündet (30).

Aufbauend auf bestehenden Instrumenten, positiven Ansätzen und Erfahrungen können verschiedene Maßnahmen auf jeder der vier Ebenen wie folgt entwickelt werden:

Internationale Ebene

Es gibt verschiedene internationale Konventionen, die einen Rahmen und Standards für Strategien für familienfreundliche Arbeitsplätze liefern. Neben verschiedenen Abkommen zum Mutterschutz gewährleistet das „International Labour Organization Convention on Workers with Family Responsibilities“ (dt.: Übereinkommen des Internationalen Arbeitsamtes über Arbeitnehmer mit Familienpflichten) aus dem Jahr 1981 Chancengleichheit für – und Gleichbehandlung von – Frauen und Männern mit familiären Verpflichtungen. Dieses Übereinkommen wurde von einer Reihe europäischer Länder ratifiziert (31). Auf EU-Ebene empfehlen die Leitlinien für beschäftigungspolitische Maßnahmen der Mitgliedstaaten aus dem Jahr 2008 beispielsweise den Einsatz von Benchmarks für Kinderbetreuungseinrichtungen auf nationaler Ebene, um eine Abstimmung von Familie und Beruf zu fördern (20).

Nationale Ebene

Der Mutterschutz sieht von Land zu Land anders aus, aber zu den wichtigsten Elementen der sozialstaatlichen Politik im Hinblick auf Schwangerschaft gehören die Arbeitsplatzsicherheit, der Schutz am Arbeitsplatz, der Mutterschaftsurlaub und der finanzielle Ausgleich für kürzere Arbeitszeiten (32). Die Vorschriften können Vereinbarungen über flexible Arbeitszeiten enthalten, Möglichkeiten zur Reduzierung der Arbeitszeit, Einschränkungen bei der Arbeit in Nachtschichten und unter gefährlichen Arbeitsbedingungen sowie den Schutz schwangerer Frauen am Arbeitsplatz. Kasten 2 zeigt ein Beispiel dafür, wie die nationale Gesetzgebung die Gleichberechtigung der Geschlechter im Zusammenhang mit der Elternschaft beeinflussen kann.

Kasten 2: Vereinbarkeit von Arbeit und Familie sowie Chancengleichheit

In Island, einem Land mit einer weiblichen Erwerbsbeteiligungsquote von 90 % und hohen Geburtenraten, wurden im Jahr 2000 neue Gesetze erlassen, die den Mutterschutz/die Elternzeit so strukturierten, dass eine Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern gewährleistet war. Mit der Geburt oder Adoption eines Kindes stehen beiden Elternteilen jeweils drei Monate an bezahltem Urlaub zu, der nicht übertragbar ist. Entscheidet sich ein Elternteil, diesen Urlaub nicht in Anspruch zu nehmen, so verfällt er. Beide Elternteile haben einen gemeinsamen Anspruch auf weitere drei Monate, in denen 80 % des Gehalts gezahlt werden, und die sie flexibel aufteilen und nutzen können. Nach drei Jahren war der Anteil der Männer, die in den Elternurlaub gehen, deutlich gestiegen (92 % der Väter nutzen die ersten drei Monate des Elternurlaubs).

Quellen: Präsentation eines nationalen Experten beim Dialog über Grundsatzfragen, Leuven, April 2010 (unveröffentlicht); Ministerium für soziale Angelegenheiten und soziale Sicherheit (33).

Ebene des Gesundheitswesens

Vorschriften sollten an die spezifischen Anforderungen eines Arbeitsplatzes im Gesundheitswesen angepasst werden; Einrichtungen, die sich bemühen, familienfreundliche Arbeitsplatzrichtlinien umzusetzen, sollten unterstützt werden. So könnte es beispielsweise zusätzliche Anforderungen an die Zertifizierung von Leistungsanbietern im Gesundheitswesen in Bezug auf familienfreundliche Arbeitsplätze geben, wie beispielsweise Anreize für Lösungen, die eine Beschäftigung von Eltern mit kleinen Kindern unterstützen.

Betriebliche Ebene

Im Hinblick auf Mutterschutzmaßnahmen auf betrieblicher Ebene können folgende Bereiche abgedeckt werden:

- Nahtloser Übergang von „normaler“ Arbeitsbelastung auf eine „angepasste“ Arbeitsbelastung, wann immer es aufgrund einer Schwangerschaft notwendig und erforderlich ist
- Arbeitsplätze sicher machen, sodass der Kontakt mit schädlichen Substanzen minimiert wird, um die Gefahr für Mutter und Kind zu reduzieren
- Flexible Arbeitszeiten zulassen.

Regelungen, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern, können beinhalten:

- Elternurlaub
- Betriebliche Freistellung wegen eines kranken Kindes
- Recht auf Reduzierung der Arbeitszeit für einen gewissen Zeitraum
- Unterstützung für oder Angebot von Kinderbetreuungseinrichtungen.

Kasten 3 zeigt Beispiele für eine familienfreundliche Unternehmenspolitik, die in verschiedenen deutschen Krankenhäusern praktiziert wird.

Kasten 3: Elemente einer familienfreundlichen Unternehmenspolitik in deutschen Krankenhäusern

Das Evangelische Krankenhaus Lutherhaus in Essen führte ein System von 50 unterschiedlichen Teilzeitmodellen ein, u. a.

- die qualifizierte Teilzeitbeschäftigung (15 bis 93 % der Vollzeitbeschäftigung);
- Job-Sharing, insbesondere für Führungspositionen;
- Koordination von Dienstplänen für Paare über unterschiedliche Abteilungen hinweg;
- Einführung von Arbeitszeitkonten (Plus- und Minusstunden);
- flexible Arbeitszeiten („Gleitzeit“) mit familienorientierten Kernarbeitszeiten.

Das Universitätskrankenhaus Charité in Berlin hat einen „Väterbeauftragten“ eingeführt, der Männer zu Fragen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf berät.

Die Medizinische Hochschule Hannover bietet finanzielle Anreize für Abteilungen, die Ärztinnen innerhalb eines Jahres aus dem Elternurlaub zurück in den Beruf holen.

Das Nordwestkrankenhaus Sanderbusch, Sande, ist Mitglied des Unternehmensnetzwerks „Erfolgsfaktor Familie“. Mit seinem „Kinder- und Familienservicebüro“ lockt es Fachkräfte an seinen abgelegenen Standort und unterstützt Kinderbetreuungslösungen einschließlich der Möglichkeit, einen Teil der Arbeit von zu Hause aus zu erledigen.

Quellen: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2009 (34); Müller B, 2005 (35).

Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Beschäftigte im Gesundheitswesen zur Gewährleistung eines sicheren Arbeitsumfelds

Die Arbeit im Gesundheitswesen ist gefährlich: Der Gesundheitsbereich im Besonderen wurde als einer der gefährlichen Beschäftigungsbereiche identifiziert (36). Im Jahr 2000 sah in der EU15 einer von drei Beschäftigten im Gesundheitswesen oder im sozialen Bereich die eigene Gesundheit aufgrund seines Berufs als gefährdet an (37), und 2005 waren beinahe 40 % der Beschäftigten im Gesundheitswesen in der EU27 der Meinung, ihre Arbeit beeinflusse ihre Gesundheit (38).

Durch die Art ihrer Tätigkeit sind die Beschäftigten im Gesundheitswesen einem breiten Spektrum von beruflichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, darunter

- biologische Risiken wie Infektionen aufgrund von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente oder anderen Kontakten mit Krankheitserregern;
- chemische Risiken wie Desinfektionsmittel oder bestimmte Arten von Medikamenten;
- körperlichen Risiken wie ionisierende Strahlung;
- ergonomische Risiken durch den Umgang mit den Patienten oder durch langes Stehen oder Laufen;
- psychosoziale Risiken wie Stress, Gewalt oder Schichtarbeit (39)

Ohne die Bedeutung anderer Gefährdungen wie die durch ergonomische Risiken (40,37) zu verleugnen, konzentrieren wir uns hier auf zwei besonders bedenkliche Risikokategorien – die biologischen und psychosozialen Risiken.

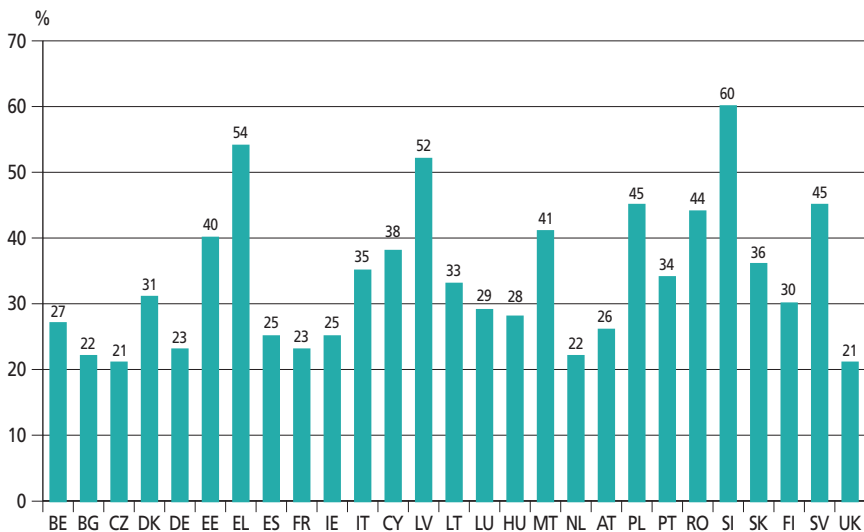
Im Gesundheitswesen liegt die Gefährdung durch biologische Risiken deutlich über dem Durchschnitt anderer Beschäftigungsbereiche der EU (38), wobei die folgenden Probleme für die Beschäftigten im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung sind:

- Vermehrt auftretende und arzneimittelresistente Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Malaria stellen potenzielle Risiken dar.
- Neu auftretende Infektionskrankheiten sind eine Bedrohung, wenn die Übertragungswege unbekannt sind und die Schutzausrüstung nicht ausreicht (41), wie z. B. der Ausbruch von SARS (Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom), bei dem das Gesundheitspersonal bis zu 50 % der gemeldeten Fälle ausgemacht (42).
- Verletzungen durch den Umgang mit kontaminierten Abfällen, insbesondere mit Nadelspitzen und anderen scharfen Gegenständen, können auftreten. Es wird geschätzt, dass es in Europa in jedem Jahr eine Million Nadelstichverletzungen gibt, von denen jede einzelne den Mitarbeiter mit einer von

mehr als 20 gefährlichen, über das Blut übertragbaren Krankheiten infizieren kann, einschließlich Hepatitis B, Hepatitis C und dem HI-Virus. Am stärksten gefährdet sind Ärzte und das Pflegepersonal. Jedoch müssen auch andere Mitarbeiter, die mit Abfällen umgehen, berücksichtigt werden, z. B. Helfer und Reinigungs- und Wäschereipersonal (43). Eine Untersuchung in Deutschland ergab, dass es pro Jahr 500.000 Verletzungen durch spitze oder scharfe Instrumente in Krankenhäusern gab. In Großbritannien lagen die Schätzungen bei 100.000 Zwischenfällen pro Jahr. Der „Scottish National Health Service“ schätzte, dass die Kosten in Verbindung mit Nadelstichverletzungen von einigen tausend Euro pro Fall (für nachträgliche Prophylaxe) bis hin zu einer Million Euro (für die Infektion mit einem durch das Blut übertragbaren Virus aufgrund einer Verletzung) reichen (44).

Psychosoziale Risiken sind im Gesundheitswesen, verglichen mit der Gesamtheit der Beschäftigten, besonders hoch. Im Jahr 2005 fiel der Gesundheitsbereich auf einer Liste der Branchen mit den höchsten Stressniveaus besonders ins Auge (28,5 % im Vergleich zu 22 % für alle Beschäftigten in der EU). In der gesamten EU berichtete mindestens einer von fünf Beschäftigten aus den Bereichen Gesundheit und Bildung über mit der Arbeit verbundenen Stress, mit den höchsten Prozentsätzen in Slowenien, Griechenland und Lettland (60 %, 54 % bzw. 52 %); siehe Abb. 4.

Abb. 4: Stressniveaus bei Beschäftigten des Gesundheits- und Bildungswesens pro Land (2005)



Quelle: Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, 2009 (45).

Arbeitsbedingter Stress wird nach einer Definition der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz dann erlebt, wenn die Anforderungen des Arbeitsumfelds die Möglichkeiten des Arbeitenden, diesen gerecht zu werden (oder sie zu kontrollieren), übersteigen. Andauernder oder starker Stress kann zu Symptomen wie chronischer Müdigkeit, Burnout, Depressionen, Schlaflosigkeit, Ängsten, Kopfschmerzen, emotionalen Störungen, Magengeschwüren und Allergien führen (46). Darüber hinaus wird er mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und immunologischen Problemen in Verbindung gebracht (45). Auf betrieblicher Ebene zählen Fehlzeiten, eine hohe Mitarbeiterfluktuation, geringere Produktivität, Unfälle und Fehler zu den Folgen (47).

Die Tätigkeitsmerkmale, die zu Stress beitragen, stehen meist in Verbindung mit der Arbeitsorganisation (z. B. lange Arbeitszeiten und unregelmäßige Arbeit, hohe Arbeitsbelastung, enge Termine, Mangel an Kontrolle, Arbeitsplatzunsicherheit). In der Schweiz beispielsweise berichtete ein Drittel aller Ärzte in der Primärversorgung in einer repräsentativen Studie über übermäßigen Stress aufgrund der Arbeitsbelastung insgesamt und der Erwartungen der Patienten, aufgrund von Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, aufgrund wirtschaftlicher Einschränkungen in Verbindung mit der Praxis, Unsicherheit bei der medizinischen Versorgung und problematischer Arbeitsbeziehungen (48). Ein Modell besagt, dass das Stressniveau abgemildert wird, wenn Beschäftigte durch Kollegen und Vorgesetzte unterstützt werden, dass das Stressniveau aber steigt, wenn die soziale Unterstützung fehlt (45,46).

Arbeitsbelastung kann auch aus organisatorischen Veränderungen im Gesundheitssektor, zum Beispiel dem sozioökonomischen Wandel, resultieren. Eine bulgarische Studie untersuchte Stress am Arbeitsplatz im Kontext des Wandels, wo unterschiedliche Geschwindigkeiten bei der Umsetzung von Reformen in der Finanzierung zu Konflikten zwischen verschiedenen Abteilungen in Gesundheitseinrichtungen führten, provoziert durch deutlich unterschiedliche Gehälter der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Spannungen zwischen Patienten und Gesundheitspersonal traten auf, als einige kostenlose Leistungen abgeschafft wurden (49).

Es wurde herausgestellt, dass der Gesundheitsbereich von allen Arbeitsbereichen in den Mitgliedstaaten der EU27 derjenige ist, der am häufigsten von Vorfällen betroffen ist, die mit Mobbing und Gewalt am Arbeitsplatz zu tun haben (15,2 %). Die Wahrscheinlichkeit für Beschäftigte im Gesundheitswesen, mit körperlicher Gewalt bedroht zu werden, wurde im Vergleich zu Beschäftigten im produzierenden Gewerbe als achtmal höher eingestuft (38). Zu den davon am stärksten betroffenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zählen Rettungssanitäter, Pflegekräfte und Ärzte. Verbreitete Risikofaktoren – einschließlich der Arbeit mit der Öffentlichkeit, mit Personen in Notsituationen

und der Arbeit allein – überwiegen allesamt im Gesundheitsbereich. Aggressives Verhalten gegenüber Mitarbeitern ging meist von Patienten aus, während emotionaler Missbrauch mit Vorgesetzten und Kollegen in Verbindung gebracht wurde. Eine Synthese von Fallstudien aus verschiedenen Ländern zeigte, dass emotionale Gewalt häufiger auftrat als körperliche Gewalt (50). In Portugal beispielsweise fand eine Studie eines Gesundheitszentrums und eines großen Krankenhauses heraus, dass 51 % bzw. 27 % der Mitarbeiter verbale Beschimpfungen erfahren hatten, 23 % bzw. 16 % Schikanen/Mobbing ausgesetzt waren, wohingegen das Erleben von körperlicher Gewalt an beiden untersuchten Standorten auf 3 % beschränkt war.

Zu den negativen Auswirkungen für die betroffenen Mitarbeiter zählen (wie Fallstudien in verschiedenen Ländern bestätigen) posttraumatische Stresssymptome wie belastende Erinnerungen und Gedanken und eine Tendenz, übersensibel zu werden. Auf betrieblicher Ebene sind die Auswirkungen ähnlich denen von Stress und verursachen Fehlzeiten, hohe Mitarbeiterfluktuation und geringere Produktivität (50).

Politische Antworten auf Herausforderungen bei der Gesundheit im Beruf

Die Gesundheit der Arbeitnehmer zu schützen ist eine rechtliche, wenn nicht moralische Verpflichtung von Arbeitgebern. Auch die Beschäftigten haben ihre eigenen Verpflichtungen, Sicherheitsvorschriften zu beachten und im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf ihre Gesundheit zu achten. Es ist unbestritten, dass umfassende Managementsysteme für die Sicherheit und Gesundheit im Beruf ein solider Weg sind, Gesundheitsschutz nachhaltig auf betrieblicher Ebene zu etablieren. Im Mittelpunkt solcher Systeme stehen die Verhütung und die Kontrolle gesundheitlicher Risiken, wobei eine weit verbreitete Reihenfolge der Priorität angewandt wird: Ausschalten des Risikos, Kontrolle des Risikos, Minimieren des Risikos und Bereitstellen von Schutzausrüstung (51).

Internationale und regionale politische Maßnahmen sind wichtig, um Initiativen in den Ländern zu fördern, auch wenn Aktionen auf betrieblicher Ebene Vorrang haben. 2007 verabschiedete die Weltgesundheitsversammlung eine Resolution „World Health Organization’s Global Plan of Action on Workers’ Health, 2008–2017“ (dt.: Globaler Aktionsplan für die Gesundheit von Arbeitnehmern 2008–2017). Dieser sieht die Einführung spezieller Programme für die Gesundheit und Sicherheit im Beruf für Arbeitnehmer im Gesundheitswesen vor (52). Im Hinblick auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen konzentriert sich das eigene Arbeitsprogramm der WHO für 2009 bis 2012 auf sechs Bereiche:

- Verhinderung von Nadelstichverletzungen/Verletzungen durch spitze oder scharfe Instrumente
- Muskel-Skelett-Erkrankungen/Ergonomie

- Stress/Arbeitsorganisation
- Risiken in Verbindung mit Medikamenten
- Risiken für die Atemwege
- Werkzeuge für Risikobewertung/Risikomanagement und Verbreitung von Informationen

Beispiele für Projekte, die im Rahmen dieses Programms im europäischen Raum angestoßen wurden, sind in Tabelle 2 aufgeführt.

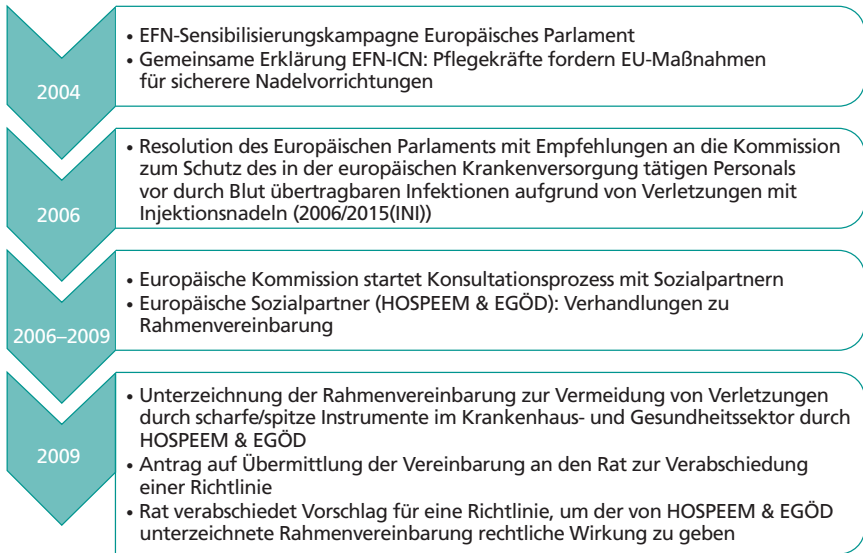
Tabelle 2: WHO-Projekte für die Gesundheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen am Arbeitsplatz, 2009–2012 (53)

Projekte	Länder
<p><i>Länder im Wandel: Wie kann die Gesundheit am Arbeitsplatz in Einrichtungen des Gesundheitswesens gefördert werden?</i></p> <p>Hauptziel: das Bewusstsein von Beschäftigten im Gesundheitswesen für berufsbedingten Stress zu stärken, das Wissen darüber zu erweitern und die Fähigkeiten im Umgang damit zu verbessern.</p>	Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien
<p><i>Wie kann die Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität von Beschäftigten im Gesundheitswesen bewahrt werden?</i></p> <p>Hauptziel: ein Dokument mit Leitlinien zu erstellen, das einige erfolgreiche Initiativen des kroatischen Ministeriums für Gesundheit und soziale Wohlfahrt beinhaltet, um die Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität von Beschäftigten im Gesundheitswesen zu verbessern.</p>	Kroatien
<p><i>Bewertung der Belastung mit antineoplastischen Substanzen bei pharmazeutischem und klinischem Personal</i></p> <p>Ziel: Überprüfung von sicheren Arbeitsbedingungen in Verbindung mit dem Umgang mit antineoplastischen Medikamenten bei Zubereitung oder Verabreichung in Krankenhäusern.</p>	Deutschland

Die auf die unzureichende Vorbeugung von Verletzungen durch spitze/scharfe Instrumente ausgerichteten Initiativen sind ein Beispiel für die Fürsprache der Berufsverbände des Gesundheitsbereichs bei der Einflussnahme auf die Politik auf EU-Ebene. Im Anschluss an eine Kampagne wurde ein Beratungsprozess in Gang gesetzt, der in der Aushandlung und Unterzeichnung der „Rahmenvereinbarung zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor“ mündete. Unterzeichner waren die folgenden europäischen Sozialpartner: die Europäische Arbeitgebervereinigung für Kliniken und Gesundheitswesen („European Hospital and Healthcare Employers' Association“- HOSPEEM) und der Europäische Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst (EGÖD). Mit der aktuellen Verabschiedung des

Vorschlags der Europäischen Kommission für eine Richtlinie des Rates wird erwartet, dass die Rahmenvereinbarung Rechtsstatus erhält, was sie für Mitgliedstaaten bindend macht (54, 55). Abbildung 5 stellt die Chronologie dieses voraussichtlichen EU-Gesetzes dar.

Abb. 5: Fürsprache-Initiative und Prozessablauf für die Einführung europäischer verbindlicher Maßnahmen zur Vermeidung von Verletzungen durch Nadelstiche und andere scharfe/spitze medizinische Instrumente



EFN: European Federation of Nurses Association (dt: Europäische Föderation der Pflegeorganisationen)
 ICN: The International Council of Nurses (dt.: Weltverband für beruflich Pflegenden)

Quelle: basiert auf De Raeve, 2010 (56), und „EU Issue Tracker“, 2009 (54).

Die WHO schlägt als effektivsten Weg für die Verringerung der Zahl von Nadelstichunfällen Maßnahmen vor, die eine Rangfolge von Kontrollen verwenden. Zu den Kernelementen gehören die Verwendung sichererer Instrumente, regelmäßige Schulung und Anleitung und die Etablierung sicherer Arbeitsmethoden (57). Dementsprechend empfiehlt die Rahmenvereinbarung die Einführung integrativer Ansätze am Arbeitsplatz, die aus Risikobeurteilung, Risikovermeidung, Ausbildung, Information, Sensibilisierung und Kontrolle bestehen. Sowohl die Risikobeurteilung als auch die Risikovermeidung sollten folgende Bereiche abdecken: Technologie, Arbeitsorganisation, Arbeitsbedingungen, Qualifikationsgrad, arbeitsbezogene psychosoziale Faktoren und den Einfluss von Faktoren des Arbeitsumfeldes. Darüber hinaus sieht die Rahmenvereinbarung die der nationalen Praxis entsprechende Impfung von Beschäftigten im Gesundheitswesen vor (58).

Maßnahmen, die die Komplexität von psychosozialen Risikofaktoren und deren Ursachen ansprechen, werden in den folgenden drei Kategorien zusammengefasst:

- Maßnahmen auf betrieblicher Ebene zielen darauf ab, das Risiko von Stress zu verringern, und betreffen den organisatorischen Aufbau, Infrastruktur oder Arbeitsabläufe.
- Zu den Maßnahmen an der Schnittstelle zwischen betrieblicher und individueller Ebene kann die Verbesserung des Verhältnisses zu Arbeitskollegen gehören oder die Schulung des Einzelnen, um eine bessere Anpassung an die Maßnahmen im Arbeitsumfeld für eine optimale fachliche Eigenständigkeit zu erreichen.
- Ziel der Maßnahmen auf individueller Ebene ist die Verringerung von Stress und die Reduzierung des Risikos einer Erkrankung für diejenigen, die bereits Symptome zeigen, indem ihre Fähigkeit gestärkt wird, mit Stress umzugehen (45).

Kasten 4 zeigt ein Beispiel für einen Ansatz, mit dem ein Burnout bei Krankenhausmitarbeitern verhindert werden soll.

Kasten 4: „Take care“ (dt.: Pass auf dich auf) – ein teamorientiertes Burnout-Interventionsprogramm in den Niederlanden

Das „Take Care“-Interventionsprojekt wurde von 1997 bis 1998 mithilfe eines teamorientierten Ansatzes zum Stressmanagement durchgeführt, um Burnout bei Pflegekräften im Onkologiebereich zu verhindern. Das Programm bestand aus sechs jeweils dreistündigen Trainingseinheiten, eine pro Monat, die von Beratern geleitet wurden.

In der ersten Sitzung wurden die Maßnahmenschwerpunkte bestimmt. Während des Trainings wurden kleine Problemlösungsteams gebildet, die gemeinsam Aktionspläne für den Umgang mit den wichtigsten Stressfaktoren am Arbeitsplatz entwickelt, umgesetzt, bewertet und überarbeitet haben. Die Berater übernahmen außerdem Schulungen zu allgemeineren Kommunikations- und Kollaborationsfähigkeiten. Die Teilnehmer waren ihre eigenen „change agents“ (dt.: Veränderungsbeauftragte) mit den Beratern als ihren „Coaches“.

Die Probleme, die am häufigsten angesprochen wurden, waren der Umgang mit den hoch-emotionalen Anforderungen in Beziehungen zu Krebspatienten und solche beim Umgang mit Kommunikationsproblemen zwischen den Mitgliedern unterschiedlicher Fachdisziplinen.

Die Ergebnisse einer qualitativen Bewertung zeigten, dass die Teilnehmer die Ansätze als sehr konstruktiv ansahen sowie als hilfreich bei der Aufzeichnung von Stressfaktoren und bei der Formulierung und Bewertung der zur Bewältigung dieser Faktoren entworfenen Aktionspläne. Der am meisten geschätzte Teil der Maßnahme war der Aufbau eines (sozialen) Hilfsnetzes unter den Kollegen.

Quelle: Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, 2002 (59).

In vielen Rechtssystemen werden Gewalt und Mobbing am Arbeitsplatz von Beschäftigten im Gesundheitswesen nach wie vor als „Teil des Jobs“ angesehen. Die ersten Schritte, die auf dem Weg zur Verhinderung von Gewalt und zum Schutz der Mitarbeiter notwendig sind, sind deshalb ein Bewusstsein für und ein Erkennen von Gewalt als Risiko am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen. Für ein einheitliches Verständnis des Phänomens muss der konkrete gesellschaftliche und kulturelle Kontext des Arbeitsumfelds ebenso wie die Gleichstellung berücksichtigt werden. Jeder Ansatz, der sich mit der Gewalt am Arbeitsplatz befasst, sollte integriert und partizipativ, sensibel für Fragen von Kultur und Geschlecht, nicht diskriminierend und systematisch sein.

Die wesentlichen Aktionsbereiche beinhalten die Verhinderung und die Kontrolle von Gewalt am Arbeitsplatz sowie den Umgang mit ihren Auswirkungen und deren Abmilderung, wobei der Schwerpunkt auf der Unterstützung der von Gewalt am Arbeitsplatz betroffenen Beschäftigten liegt (60). Wie Kasten 5 herausstellt, haben Forschungsinitiativen das Potenzial, zu sensibilisieren, und dienen als Auslöser für politische Entwicklungsprozesse.

Kasten 5: Von einem mangelnden Bewusstsein hin zur Entwicklung von Maßnahmen als Teil der kollektiven nationalen Vereinbarung

Als Teil des gemeinsamen Programms der „International Labour Organization“ (ILO, dt.: Internationales Arbeitsamt), des „International Council of Nurses“ (ICN, dt.: Weltverband für beruflich Pflegende), der WHO und der „Public Services International“ (dt.: Internationale der öffentlichen Dienste, IÖD) zu Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitssektor, offenbarte Bulgariens erste Erhebung im Jahr 2001, dass Mitarbeiter im Gesundheitswesen und die Öffentlichkeit sich dieses Problems nicht bewusst waren. Die Ergebnisse zeigten, dass dessen Bedeutung bei Weitem unterschätzt wurde und es eher als Erschwernis des Alltags und als Belastung durch die negativen Auswirkungen des damaligen Reformprozesses in Bulgarien interpretiert wurde.

Im Jahr 2003 organisierte der Verband der Gewerkschaften im Gesundheitswesen, der an den Verband unabhängiger Gewerkschaften in Bulgarien und die Medizinische Vereinigung des Arbeitnehmerverbands (Podkrepa) angegliedert ist, einen nationalen Drei-Parteien-Workshop. Die Haupteckdaten dieser Länderstudie wurden diskutiert und die bulgarische Fassung der ILO/ICN/WHO/IÖD-Rahmenleitlinien zur Gewalt am Arbeitsplatz wurde eingeführt. Die Delegierten verabschiedeten einen Aktionsplan für 2003–2005 zusammen mit einer Verpflichtung zu weiteren Maßnahmen.

Eines der wichtigsten Ergebnisse auf nationaler Ebene war die Aufnahme des Themas der Gewalt am Arbeitsplatz in den Tarifvertrag 2004 für den Gesundheitssektor. Andere Aktivitäten waren auf Sensibilisierung, Kompetenzaufbau und die Verhinderung von Gewalt ausgerichtet. Dazu gehörten Seminare zu Sicherheitsmaßnahmen, Meldeverfahren und Opferschutz.

Quelle: Kokalov, 2006 (61).

Weiterentwicklung von Fragen des Arbeitsumfelds bei Arbeitgebern durch Arbeitsplatzscreening und Arbeitsplatzzertifizierung

Ein dritter strategischer Ansatz, der sich dieses Mal darauf konzentriert, wie Themen des Arbeitsumfelds auf betrieblicher Ebene vorangebracht werden können, betrachtet Programme zur Bewertung und Zertifizierung von Arbeitsplätzen. Diese könnten Anreize für Arbeitgeber liefern, sich für das Konzept eines positiven Arbeitsumfelds zu engagieren. Die Aufgabe von Maßnahmen auf nationaler und sektoraler Ebene könnte es hier sein, einen Rahmen zu schaffen sowie politische und finanzielle Unterstützung zu leisten. Dieser Ansatz lässt sich mit den folgenden beiden Beispielen erläutern. Im ersten Beispiel geht es um Initiativen zu Listen mit Rangfolgen der besten Unternehmen, wie die, die vom „Great Place to Work“ (dt.: Großartiger Arbeitsplatz)-Institute erstellt werden. Das zweite Beispiel – das „Health Promoting Hospitals Network“ (dt.: Netzwerk der die Gesundheit fördernden Krankenhäuser) – stellt einen integrativen Ansatz für Möglichkeiten der Selbsteinschätzung dar.

Das „Great Place To Work®“-Modell

Das „Great Place To Work®“-Modell wurde vom Great Place to Work Institute, einem amerikanischen Consultingunternehmen, entwickelt und stellt eine Methode zur Bewertung und Optimierung der Arbeitsplatzkultur dar. Das Unternehmen setzt Fragebögen zur Befragung der Beschäftigten ein und interviewt das Management, um die Arbeitsplatzkultur zu bewerten, wobei die Bewertung zu zwei Dritteln auf den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung beruht.

Die deutsche Niederlassung des Great Place to Work Institute hat in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und anderen Partnern eine jährliche Benchmarkstudie speziell für den Gesundheitssektor durchgeführt. Die teilnehmenden Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen werden in eine Rangfolge gebracht und die beste erhält die Auszeichnung als „Bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen“. 2010 haben sich 63 Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen an der Studie zur Arbeitsplatzkultur beteiligt. Die Ergebnisse zeigen, dass Gesundheit und Wohlbefinden, Anerkennung und die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie kritische Themen sind, mit der Entlohnung als einem zentralen (aber weniger wichtigen) Element (Great Place to Work Institute Deutschland, unveröffentlichtes Dokument, 2010).

Dieses Modell basiert auf der Überzeugung, dass die Arbeitsplatzkultur ein entscheidender Faktor für die Produktivität eines Unternehmens ist. Der wertorientierte Ansatz unterstreicht, dass Vertrauen ein Kernbestandteil eines positiven Arbeitsumfelds ist. Vertrauensvolle Beziehungen am Arbeitsplatz, insbesondere zwischen Führungskräften und Mitarbeitern, sind für erfolgreiche Unternehmen entscheidend. Zu den Werten gehören Glaubwürdigkeit,

Respekt, Fairness, Stolz und Teamgeist. In diesem Ansatz wird ein positives Arbeitsumfeld durch das Vertrauen in die Unternehmensführung, Stolz auf die verrichtete Tätigkeit und Kooperation zwischen den Menschen am Arbeitsplatz charakterisiert.

Das Modell gilt für alle Branchen und im Besonderen für Unternehmen des produzierenden Gewerbes, der Informations- und Kommunikationstechnologien und für Finanzinstitute. Zu den Stärken des Modells gehören folgende Merkmale:

- Sein Kernkonzept/-element, d. h. Vertrauen, ist elementar in einem Arbeitsumfeld mit Informationsasymmetrien und Fachkräften (z. B. Organisationen im Gesundheitswesen).
- Die Fragebögen sind einfach zu handhaben, aber sie beinhalten keine Selbsteinschätzung, da die Untersuchung und die Bewertung durch das Institut erfolgen.

Eine Schwäche des Modells ist die fehlende Verbindung zur Qualität der Versorgung oder zum Behandlungsergebnis. Trotzdem haben einige Gesundheitseinrichtungen die Bewertung zusätzlich zu dem normalen Qualitätsmanagementsystem eingesetzt, manchmal auch abwechselnd mit Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit.

Kasten 6 beschreibt das Modell des „Magnet hospital“ (dt.: Magnetkrankenhaus) in den Vereinigten Staaten, welches auf eine Verbesserung des Arbeitsumfelds für Pflegekräfte abzielt.

„Health Promoting Hospitals Network“

Die Förderung von Gesundheit stellt zusammen mit der Sicherheit der Patienten und der klinischen Effektivität eine zentrale Größe für die Qualität von Krankenhausleistungen dar. Mit der Zunahme chronischer Erkrankungen ist die Bereitstellung von gesundheitsfördernden Leistungen ein wichtiger Faktor für eine nachhaltige Gesundheit, eine gute Lebensqualität und für Effizienz geworden. Der Ansatz der „Health Promoting Hospitals“ kombiniert daher die speziellen Anliegen der Versorgungsqualität mit den Aspekten eines sicheren Arbeitsumfelds in Krankenhäusern.

Ziel dieses Netzwerks, das vom WHO-Regionalbüro für Europa koordiniert wird, ist es,

- die Kultur der Krankenhausversorgung hin zu einem interdisziplinären Arbeiten, einer transparenten Entscheidungsfindung und einer aktiven Einbeziehung von Patienten, Mitarbeitern und Partnern zu verändern;
- die gesundheitsfördernden Aktivitäten im Gesundheitswesen zu bewerten und evidenzbasierte Daten in diesen Bereich aufzubauen;

Kasten 6: „Magnet“-Krankenhäuser und das Magnet-Anerkennungsprogramm

Das Konzept des Magnetkrankenhauses wurde ursprünglich in den 1980er Jahren in den Vereinigten Staaten von der „American Academy of Nursing“ (dt.: Amerikanische Akademie für Pflegeberufe) entwickelt (62). Schwerpunkt war zunächst, Vorgehensweisen im Personalbereich und organisatorische Merkmale zu identifizieren, die es einigen Krankenhäusern ermöglichten, vor dem Hintergrund eines akuten Arbeitskräftemangels Mitarbeiter zu gewinnen und zu binden (siehe Anhang 1). Zu den wesentlichen Elementen von Magnetkrankenhäusern gehören Investitionen in die Personalentwicklung, Qualitätsmanagement, die Führungsqualitäten von leitenden Kräften der untersten Führungsebene, ein gutes Verhältnis zu den Ärzten (63). Die Merkmale des „Magnetismus“ wurden in einem „Nursing Work Index“ (dt.: Index der Pflegearbeit) zusammengefasst, der anhand von durch Pflegekräfte ausgefüllten Formularen ermittelt wurde (64). Diese Idee wurde über Jahrzehnte hinweg weiterentwickelt, und zwar durch Forschungen und die Einführung eines freiwilligen Programms der Krankenhauszulassung, dem „Magnet Recognition Program“, durchgeführt vom „American Nurses Credentialing Center“ (dt.: Zentrum für Vergabe von Zulassungen für amerikanische Pflegekräfte), einer Nebenstelle des „American Nurses Association“ (dt.: Verband der amerikanischen Pflegekräfte) (63).

Die Merkmale des Pflegepraxisumfelds in Magnetkrankenhäusern beziehen sich auf die Beteiligung von Pflegekräften an Krankenhausangelegenheiten, auf Pflegegrundlagen der Versorgungsqualität (z. B. schriftliche, aktuelle Pflegepläne für alle Patienten), die Fähigkeit leitender Pflegekräfte, die Führung und Unterstützung von Pflegekräften, die Angemessenheit der Personal- und Mittelausstattung und auf kollegiale Beziehungen zwischen Ärzten und Pflegepersonal (65). Trotz einiger Unklarheiten bei den Untersuchungsergebnissen und einiger der Intuition widersprechenden Erkenntnissen, weisen Allgemeinkrankenhäuser, die die organisatorischen Züge von „Magnetismus“ haben, geringere Sterblichkeitsraten (13), eine geringere Quote von Sterbefällen innerhalb von 30 Tagen, weniger Komplikationen und weniger Todesfälle nach einer Komplikation („failure to rescue“) (14) auf. Der Ansatz des Magnetkrankenhauses scheint auch in der Lage zu sein, die Wahrscheinlichkeit eines Burnout zu reduzieren und die Mitarbeiterfluktuation zu minimieren, was sich positiv auf die Versorgungsqualität auswirkt (66).

Die wichtigsten Beschränkungen dieses Programms liegen darin, dass es seinen Schwerpunkt auf dem Pflegeberuf hat, dass es sich fast ausschließlich auf die Vereinigten Staaten konzentriert (340 von 344 anerkannten Krankenhäuser liegen in den USA; <http://www.nursecredentialing.org/MagnetOrg/searchmagnet.cfm>), und dass die Belege für die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität manchmal schwach sind. Das erste Magnetkrankenhaus außerhalb der USA lag in England. Es wurde jedoch nicht vom britischen National Health Service unterstützt und wieder eingestellt. Westeuropa besitzt zurzeit keine Magnetkrankenhäuser.

- auf Krankenhausebene und nationaler Ebene die Standards und Indikatoren für die Gesundheitsförderung in die bestehenden Qualitätsmanagementsysteme einzubeziehen (67).

Für die Qualitätssicherung steht ein Handbuch zur Selbstbeurteilung zur Verfügung, das fünf Standards und dazugehörige Indikatoren formuliert (68). Im Hinblick auf das Arbeitsumfeld verlangt einer der Standards, dass „das

Management Bedingungen für die Entwicklung des Krankenhauses zu einem sicheren Arbeitsplatz im Gesundheitswesen schafft“ (siehe Anhang 2). Das beinhaltet

- die Entwicklung und Umsetzung eines gesunden und sicheren Arbeitsplatzes;
- die Entwicklung und Umsetzung einer umfassenden Personalstrategie einschließlich Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiterfähigkeiten im Bereich Gesundheitsförderung;
- die Verfügbarkeit von Verfahren zur Entwicklung und Bewahrung eines Bewusstseins für Gesundheitsthemen bei den Mitarbeitern.

Für die Beurteilung des Arbeitsumfelds schlägt das Handbuch einige sich ergänzende Kennzahlen vor, einschließlich

- des Wertes aus der Untersuchung der von den Mitarbeitern erlebten Arbeitsbedingungen;
- des Prozentsatzes der kurzzeitigen Fehlzeiten;
- des Prozentsatzes der mit der Arbeit verbunden Verletzungen;
- des Wertes auf einer Burnout-Skala.

Diese Standards und Indikatoren sind im Hinblick auf eine Verbesserung des Arbeitsumfelds von Bedeutung und stellen – in Verbindung mit denen für das Patientenergebnis – Elemente einer erweiterten gesundheitsfördernden Funktion von Krankenhäusern dar. Dieser Rahmen, der über mehr als zehn Jahre entwickelt wurde, kann eine effektive Grundlage für Benchmarking und für die betriebliche Entwicklung von Krankenhäusern und Gesundheitsdienstleistungen in Europa sein.

Die beiden Beispiele für Zulassungskonzepte zur Verbesserung des Arbeitsumfelds haben jeweils ihre Stärken und Grenzen. Es könnte sich lohnen, darüber nachzudenken, ob ein gemeinsamer Rahmen zur Beurteilung von Arbeitsplätzen und für die Zertifizierung von Organisationen im Gesundheitswesen hilfreich sein könnte. Ein solcher Rahmen könnte auf den zuvor genannten Elementen der Arbeitsqualität in Kombination mit den Standards für die Versorgungsqualität basieren.

Überlegungen zur Umsetzung

Oft liegen Fragen der Arbeitsbedingungen in der Zuständigkeit der Ministerien für Arbeit und der dazugehörigen Behörden wie dem Gewerbeaufsichtsamt. Eine branchenübergreifende Zusammenarbeit ist daher für die Umsetzung und Aufrechterhaltung effektiver Ansätze zur Verbesserung des Arbeitsumfelds im

Gesundheitssektor unverzichtbar. Das ist nicht überall offensichtlich. Die Schaffung attraktiver und unterstützender Arbeitsumfelder ist eine Herausforderung, nicht nur wegen der Komplexität der zu berücksichtigenden Themen, sondern auch, weil die Umsetzung an der Schnittstelle zwischen den Zuständigkeiten der Gesundheitspolitik und der Arbeitspolitik stattfinden muss, mit vielen Interessenvertretern, die nicht immer eine gemeinsame Sprache sprechen. Normalerweise berücksichtigt die Arbeitspolitik nicht die speziellen Belange einzelner Sektoren wie die des Gesundheitssektors. Daher müssen die maßgeblichen Gesetze und Vorschriften an die Merkmale des Gesundheitssektors angepasst werden. Gleichzeitig kann in vielen Ländern beobachtet werden, dass es an Bewusstsein und systematischem Wissen betreffend Fragen der Beschäftigung im Gesundheitswesen mangelt. Entscheidungsträger im Gesundheitswesen müssen sicherstellen, dass auf allen Ebenen des Gesundheitssystems gezielt Kapazitäten für Beschäftigungsthemen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus erfordern beschäftigungspolitische Maßnahmen die Einbindung der wichtigsten Sozialpartner – der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer. Ein Ansatz betrifft in diesem Zusammenhang das Konzept des sozialen Dialogs.

Der soziale Dialog ist ein Mittel, um nachhaltige Verbesserungen im Gesundheitswesen inklusive des Arbeitsumfelds zu erreichen, weil er darauf abzielt, die Hauptinteressengruppen einzubeziehen. Der soziale Dialog im Gesundheitswesen wurde so beschrieben: Er bringt er alle Arten von Verhandlungen und Beratungen mit sich, angefangen mit dem Austausch von Informationen zwischen und innerhalb von Regierungsvertretern, Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik, die von gemeinsamem Interesse sind (69). Der soziale Dialog erfordert starke und unabhängige Sozialpartner, die es in einigen Ländern im Gesundheitswesen nicht gibt (70).

Während der soziale Dialog in der EU eine lange Tradition hat, so war das im Gesundheitssektor nicht immer der Fall. Das könnte ein Zeichen dafür sein, wie schwierig es ist, diesen stark fragmentierten Sektor zu organisieren. Auf EU-Ebene erfolgte die offizielle Gründung des Ausschusses für den sozialen Dialog im Krankenhaussektor im September 2006. Sein Ziel ist die Verbesserung der Beschäftigungsqualität und der Servicequalität im Krankenhausbereich. Themen, die sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer betreffen, wurden bereits erfolgreich vorangebracht. Die anerkannten Sozialpartner sind die HOSPEEM und der EGÖD.

Erkenntnisse bestätigen, dass der soziale Dialog in einer positiven Verbindung zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen auf betrieblicher Ebene steht (21). Dennoch gibt es vor dem Hintergrund unterschiedlicher Traditionen, was die Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen angeht, große Unterschiede bei der Rolle, die der soziale Dialog in Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen über die Länder hinweg einnimmt. Tarifverhandlungen finden beispielsweise in

nordeuropäischen Ländern und im Westen Zentraleuropas (z. B. Schweden, Deutschland, Österreich) grundsätzlich auf sektoraler Ebene statt und in zentraleuropäischen Ländern im Osten (z. B. Tschechien) auf Unternehmens-ebene. In südeuropäischen Ländern variiert es (z. B. Spanien, Frankreich). Der Verhandlungsstil wurde in südlichen Ländern als konfliktorientiert charakterisiert, in Ländern im östlichen Zentraleuropa als nachgiebig und als integrierend im Norden und in der westlichen Mitte Europas. Während die Arbeitnehmer-Arbeitgeber-Beziehungen in manchen Ländern auf Sozialpartnerschaften beruhen, haben andere Länder eher staatlich-zentralistische, polarisierte oder zersplitterte Systeme. All diese Merkmale formen die Praxis und den Umfang des sozialen Dialogs und seiner Auswirkungen auf die betrieblichen Arbeitsbedingungen.

Eine Reihe von Fallstudien in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen in unterschiedlichen Ländern haben belegt, wie wichtig der soziale Dialogprozess im Management und für die Mitarbeiter ist. Für das Management liegt das Hauptinteresse in der Verbesserung des Arbeitsumfelds, um eine hochwertige Versorgung zu erreichen und eine verbesserte Wettbewerbsfähigkeit, für die qualifizierte und motivierte Mitarbeiter unverzichtbar sind. Für die Vertreter der Arbeitnehmer im Gesundheitswesen dient das Engagement im sozialen Dialog und in Tarifverhandlungen dazu, einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen aus der Sicht des einzelnen Arbeitnehmers entgegenzuwirken. Die Lehren aus diesen Fallstudien weisen auf bestimmte Faktoren hin, die den sozialen Dialog erfolgreich machen:

- Eine Unternehmenskultur der Mitbestimmung und eine kooperative Art der Entscheidungsfindung
- Gegenseitiges Vertrauen der beteiligten Interessenvertreter
- Ein institutionalisierter Dialog und verbindliche Ergebnisse
- Definierte Prioritäten, Ziele und Aufgabe
- Das aktive Engagement und die Kompetenz der Arbeitnehmervertreter.

Die konkreten Ergebnisse im Hinblick auf verbesserte Arbeitsbedingungen deckten viele Bereiche ab, einschließlich einer verbesserten Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, besserer Arbeitszeitmodelle, der Einführung von Verfahren zur Konfliktmediation und sozialer Unterstützungsmaßnahmen, einer familienfreundlichen Beschäftigungspolitik und verbesserter Kommunikation (21).

Zusammenfassung

Dieses Grundsatzpapier hat sich mit der Frage auseinandergesetzt, warum ein gutes Arbeitsumfeld für Fachkräfte im Gesundheitswesen für die politischen Entscheidungsträger von Bedeutung ist und hat Möglichkeiten zur Schaffung eines attraktiven, unterstützenden und positiven Arbeitsumfelds untersucht. Auch hat es – was ebenfalls wichtig ist – auf die Bedeutung des Arbeitsumfelds für Rekrutierung und Bindung von Gesundheitsfachkräften sowie für die Qualität der Versorgung hingewiesen.

Es gibt eine Vielzahl von Problemen in Bezug auf das Arbeitsumfeld, die mit den unterschiedlichsten Strategien bekämpft werden können. Das macht es, zusammen mit der Vielfalt der europäischen Gesundheitssysteme und der nationalen sozialwirtschaftlichen Situationen, schwierig, eine Standardliste mit umsetzbaren politischen Maßnahmen zu formulieren. Es kann jedoch ein grober Rahmen mit den folgenden „Eckpfeilern“ entworfen werden:

- Unabhängig davon, welchem Thema Priorität eingeräumt wird, ist es wichtig, Maßnahmen ins Auge zu fassen, die auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden, um einen kohärenten und nachhaltigen Ansatz zu gewährleisten. Eine Verbesserung des Arbeitsumfelds erfordert den Einsatz von Maßnahmen, die für den jeweiligen Kontext eines bestimmten Gesundheitssystems relevant und anwendbar sind, und dabei internationale Standards beachten und regionale Harmonisierungsbemühungen berücksichtigen. Effektive Lösungen sind kontextbezogen, sodass die lokale/organisatorische Ebene Vorrang haben muss.
- Politische Antworten sind zweischichtig zu gestalten: Eine Schicht bezieht sich auf den Inhalt (welche Themen müssen behandelt werden) und die andere Schicht bezieht sich auf die Abläufe (wie sollten die Themen behandelt werden).
- Viele Faktoren, die das Arbeitsumfeld von Fachkräften im Gesundheitswesen beeinflussen, liegen außerhalb des Einflussbereichs der Entscheidungsträger des Gesundheitswesens. Daher sind branchenübergreifende Zusammenarbeit und sozialer Dialog elementare Mittel zur Entwicklung effektiver und nachhaltiger Antworten.

Das Ziel ist es, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das Gesundheitsberufe für den Einzelnen attraktiv macht, ihn ermutigt, weiter im Gesundheitswesen zu bleiben, und das es den Beschäftigten im Gesundheitswesen ermöglicht, effektiv zu arbeiten.

Quellenangaben

1. WHO-Regionalbüro für Europa: *Health workforce policies in the European Region* (dt.: Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region der WHO), Bericht an das Regionalkomitee, 57. Sitzung, Belgrad, Serbien, 17.–20. September 2007; EUR/RC57/9 + EUR/RC57/Conf.Doc./3; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/74558/RC57_gres01.pdf; Stand 3. April 2010).
2. Buchan, J.: *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* [dt.: Wie kann die Migration von Gesundheitsfachkräften gesteuert werden, um negative Auswirkungen auf das Angebot zu verhindern?], Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008.
3. Wiskow, C. (Hrsg.), *Health worker migration flows in Europe: overview and case studies in selected SEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia* [dt.: Migrationsströme von Beschäftigten im Gesundheitswesen in Europa: Überblick und Fallstudien in ausgewählten südosteuropäischen Ländern: Rumänien, Tschechien, Serbien und Kroatien], Genf, Internationales Arbeitsamt, 2006.
4. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: *The looming crisis in the health workforce – how can OECD countries respond?* [dt.: Die drohende Krise bei Gesundheitsfachkräften – wie können OECD-Länder reagieren?], Paris, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2008.
5. WHO-Regionalbüro für Europa: *Health workforce policies in the WHO European Region* [dt.: Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region der WHO], Bericht an das Regionalkomitee, 59. Sitzung, Kopenhagen, Dänemark, 14.–17. September 2009; EUR/RC59/9 + EUR/RC59/Conf.Doc./3; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/66985/RC59_gdoc09.pdf, Stand 16. Juli 2010).
6. Wells, J. S., Norman, L. I.: The 'greying' of Europe – reflections on the state of nursing and nurse education in Europe [dt.: Das „Ergrauen“ Europas – Betrachtungen zum Zustand des Pflegebereichs und der Pflegeausbildung in Europa], *Nurse Education Today*, 2009, 29(8), S. 811–815.
7. Europäische Kommission: *Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa, KOM(2008) 725 endgültig*, Brüssel, Europäische Kommission, 2008 (http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_de.pdf, Stand 16. Juli 2010).

8. Internationales Arbeitsamt: *The sectoral dimension of the ILO's work – update of sectoral aspects regarding the global economic crisis: tourism, public services, education and health* [dt.: Die sektorale Dimension der Tätigkeiten des IAA – neueste Informationen zu sektoralen Aspekten im Zusammenhang mit der globalen Wirtschaftskrise: Fremdenverkehr, öffentliche Dienste, Bildung und Gesundheit; GB.307/STM/1; IAA-Verwaltungsrat, 307. Sitzung, März 2010], Genf, Internationales Arbeitsamt, 2010 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_123768.pdf, Stand 10 April 2010).
9. Aiken, L. H., et al. (2002), Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction [dt.: Der Bestand an Pflegepersonal in Krankenhäusern und Patientensterblichkeit, Burnout bei Pflegekräften und Unzufriedenheit im Beruf], *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2002, 288(16), S. 1987–1993.
10. Needleman, J., et al.: Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals [dt.: Personalausstattung im Pflegebereich und Versorgungsqualität in Krankenhäusern], *New England Journal of Medicine*, 2002, 346(22), S. 1715–1722.
11. Rafferty, A. M., et al.: Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records [dt.: Folgen von Schwankungen in der Personalbesetzung im Pflegebereich in englischen Krankenhäusern: Querschnittsanalyse von Untersuchungsdaten und Entlassungsberichten], *International Journal of Nursing Studies*, 2007, 44(2), S. 175–182.
12. Dawson, J.: *Does the experience of staff working in the NHS link to the patient experience of care? An analysis of links between the 2007 acute trust inpatient and NHS staff surveys* [dt.: Steht die Erfahrung des Personals, das im NHS arbeitet, in Verbindung zu der vom Patienten erlebten Versorgung? Eine Analyse von Verbindungen zwischen den Untersuchungen zu stationären Patienten in Acute Trust-Krankenhäusern 2007 und den NHS-Mitarbeiterbefragungen], Birmingham, Aston School of Business, 2009.
13. Aiken, L. H., Smith, H., Lake, E. T.: Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care [dt.: Geringere Mortalität bei Medicare-Patienten in einer Gruppe von Krankenhäusern, die für gute pflegerische Versorgung bekannt sind], *Medical Care*, 1994, 32(8), S. 771–787.
14. Friese, C. R., et al.: Nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients [dt.: Das Arbeitsumfeld von Pflegekräften und die Patientenergebnisse der chirurgischen Onkologie], *Health Services Research*, 2008, 43, S. 1145–1163.

15. Tourangeau, A. E., et al: Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients [dt.: Auswirkungen der Pflege im Krankenhaus auf die 30-Tage-Mortalität von Patienten der Akutmedizin], *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 57(1), S. 32–44.
16. Unruh, L.: Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals [dt.: Examierte Pflegekräfte und die negativen Auswirkungen für Krankenhäuser], *Medical Care*, 2003, 47(1), S. 142–152.
17. *Macmillan Dictionary* (<http://www.macmillandictionary.com>, Stand 16. Juni 2010).
18. *Compact Oxford English Dictionary* (<http://www.askoxford.com>, Stand 16. Juni 2010).
19. Europäische Kommission: *Beschäftigungspolitik und Sozialpolitik: ein Konzept für Investitionen in Qualität. Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen (KOM(2001) 313 endgültig, 20. Juni 2001)*, Brüssel, Europäische Kommission, 2001.
20. Rat der Europäischen Union: Leitlinien für beschäftigungspolitische Maßnahmen der Mitgliedstaaten (integrierte Leitlinien 17–24), in: *Entscheidung des Rates über Leitlinien für beschäftigungspolitische Maßnahmen der Mitgliedstaaten. Gesetzgebungsakte und andere Rechtsinstrumente (10614/2/08 REV 2)*, Brüssel, Rat der Europäischen Union, 2008 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st10/st10614-re02.en08.pdf>, Stand 2. Juli 2010).
21. Voss, E.: *Working conditions and social dialogue – national frameworks, empirical findings and experience of good practice at enterprise level in six European countries (Draft Report)* [dt.: Arbeitsbedingungen und sozialer Dialog – nationale Rahmenbedingungen, empirische Ergebnisse und Erfahrungen aus beispielhafter Praxis auf betrieblicher Ebene in sechs europäischen Ländern (vorläufiger Bericht)], Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, 2009 (<http://www.eurofound.europa.eu/docs/events/confworkcond09/draftreport.pdf>, Stand 8. April 2010).
22. Muñoz de Bustillo, M. et al.: *Indicators of job quality in the European Union* [dt.: Indikatoren für Job-Qualität in der Europäischen Union), Brüssel, Europäisches Parlament, 2009 (<http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=EN>, Stand 17. April 2010).

23. Positive Practice Campaign: *Positive practice environments for health care professionals [factsheet]* [dt.: Kampagne Positive Praktiken: Positive Arbeitsumgebungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen (Datenblatt)], Genf, International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association, 2008.
24. Europäische Kommission: *Die Arbeitsplatzqualität verbessern und die Arbeitsproduktivität steigern: Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007–2012*. Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen (21.2.2007, KOM (2007) 62 endgültig), Brüssel, Europäische Kommission, 2007.
25. WHO: *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Background paper for the first expert meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention; Geneva, 2–4 February 2009* [dt.: Den Zugang zu Gesundheitsfachkräften in entlegenen und ländlichen Gebieten durch verbesserte Personalbindung verstärken. Hintergrundpapier für die erste Fachtagung zur Entwicklung evidenzbasierter Empfehlungen für einen verstärkten Zugang zu Gesundheitsfachkräften in entlegenen und ländlichen Gebieten durch verbesserte Personalbindung, Genf 2.–4. Februar 2009], Genf, WHO, 2009 (http://www.who.int/hrh/migration/background_paper.pdf, Stand: 20. April 2010).
26. WHO: *Working together for health (World Health Report 2006)* [dt.: Zusammenarbeit für Gesundheit (Weltgesundheitsbericht 2006)], Genf, WHO, 2006.
27. Roberfroid, D., et al.: *Physician workforce supply in Belgium: current situation and challenges*. [dt.: Ärzteversorgung in Belgien: aktuelle Situation und Herausforderungen], Health Services Research (HSR). Brüssel, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2008.
28. Simoens, S., Hurst, J.: *The supply of physician services in OECD countries (OECD Health Working Paper, No. 21* [dt.: Die Versorgung mit ärztlichen Leistungen in OECD-Ländern (OECD-Arbeitspapier Gesundheit, Nr. 21)], Paris, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2006.
29. Hansen, N., Sverke, M., Naswall, K.: Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: a cross-sectional questionnaire survey [dt.: Vorhersage von Burnout bei Pflegekräften anhand der Anforderungen und Ressourcen in drei Akutkrankenhäusern mit unterschiedlichen Eigentumsverhältnissen: eine übergreifende Fragenbogenstudie], *Nursing Studies*, 2009, 46(1), S.96–107.

30. Lombardo, E., Sangiuliano, M.: 'Gender and employment' in the Italian policy debates: the construction of 'non employed' gendered subjects [dt.: „Geschlecht und Beschäftigung“ in den politischen Debatten in Italien: die Konstruktion von „nicht-beschäftigten“, durch Gender geprägten Subjekten), *Women's Studies International Forum*, 2009, 32(6), S. 445–452.
31. Internationales Arbeitsamt: ILOLEX-Datenbank (<http://www.ilo.org/ilolex/>, Stand 14. Juni 2010).
32. Peus, C.: *Work–family balance: the case of Germany* [dt.: Vereinbarkeit von Arbeit und Familie: der Fall Deutschland], (WPC #0025), Cambridge (Massachusetts), MIT Workplace Center, Sloane School of Management, 2006 (<http://web.mit.edu/workplacecenter/docs/wpc0025.pdf>, Stand 19. Juli 2010).
33. Ministry of Social Affairs and Social Security: *Act on Maternity/Paternity Leave and Parental Leave, No. 95/2000*. [dt.: Ministerium für soziale Angelegenheiten und soziale Sicherheit: Gesetz über Mutterschafts-/Vaterschaftsurlaub und Elternurlaub, Nr. 95/2000]. Reykjavik, Ministry of Social Affairs and Social Security, 2000 (<http://eng.felagsmalaraduneyti.is/legislation/nr/3697>, Stand 20. Juli 2010).
34. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus. Aus der Praxis für die Praxis*. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2009.
35. Müller, B.: *Gute Lösungen in der Pflege. Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten*, Dortmund, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2005.
36. Europäische Kommission: *Die Arbeitsplatzqualität verbessern und die Arbeitsproduktivität steigern: Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007–2012*, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen (21.2.2007, KOM (2007) 62 endgültig), Brüssel, Europäische Kommission, 2007.
37. Gunnarsdottir, S., Rafferty, A. M.: Enhancing working conditions [dt.: Verbesserung der Arbeitsbedingungen], in: Dubois, C. A., McKee, M., Nolte, E. (Hrsg.), *Human resources for health in Europe* [Chapter 9], Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (Reihe „Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik“).

38. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen: *Fourth European working conditions survey*. [dt.: Vierte europäische Studie zu Arbeitsbedingungen], Luxemburg, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2007 (<http://www.eurofound.europa.eu>, Stand 22. März 2010).

39. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (OSHA), *Health and safety of healthcare staff* [dt.: Gesundheit und Sicherheit von Mitarbeitern im Gesundheitswesen] (<http://osha.europa.eu/en/sector/healthcare>, Stand 4. April 2010).

40. Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., Tackenberg, P.: *Sustaining working ability in the nursing profession – investigation of premature departure from work (Nurses Early Exit Study (NEXT) Scientific Report)* [dt.: Bewahrung der Arbeitsfähigkeit im Pflegeberuf – Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Beruf (Nurses Early Exit Study (NEXT) – Wissenschaftlicher Bericht)], Universität Wuppertal, 2005 (<http://www.next-study.net>, Stand 11. Juli 2010).

41. Internationales Arbeitsamt: *2010 World Day for Safety and Health at Work: emerging risks and new patterns of prevention in a changing world of work* [booklet]. [dt.: Welttag für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz 2010: aufkommende Risiken und neue Präventionsmuster in einer sich verändernden Arbeitswelt], Genf, Internationales Arbeitsamt, 2010 (http://www.ilo.org/safework/info/publications/lang--en/docName--WCMS_123653/index.htm, Stand 15. April 2010).

42. Wiskow, C.: *The impact of SARS on health personnel* [dt.: Die Auswirkungen von SARS auf das Personal im Gesundheitswesen], (sektorales Arbeitspapier Nr. 206), Genf, Internationales Arbeitsamt, 2003.

43. Europäisches Parlament: Ausschuss für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten. *Bericht mit Empfehlungen an die Kommission zum Schutz des in der europäischen Krankenversorgung tätigen Personals vor durch Blut übertragbaren Infektionen aufgrund von Verletzungen mit Injektionsnadeln (2006/2015(INI))*, Europäisches Parlament, A6-0137/2006, endgültige Version, 25.4. 2006.

44. PCN, EUROFEDOP, EDTNA/ERCA, IAPO, EUCOMED, EOM, EMA resolution calling for EU action to prevent medical sharps injuries: *Protecting European healthcare workers from medical sharps injury* [dt.: Resolution von PCN, EUROFED, EDTNA/ERCA, IAPO, EUCOMED, EOM, EMA mit der Forderung nach EU-Maßnahmen zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze medizinische Instrumente: Schutz der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Europa vor Verletzungen durch scharfe/spitze medizinische Instrumente], (RTB, April 2004 Diskussionspapier), 2004 (<http://www.efnweb.org/version1/en/documents/EuHealthcareWorkers.pdf>, Stand 11. April 2010).

45. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz: *OSH in figures: stress at work – facts and figures* [Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz in Zahlen: Stress am Arbeitsplatz – Daten und Fakten], Luxemburg, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2009 (Bericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Risiken, EN 9; <http://osha.europa.eu/en/riskobservatory>, Stand 8. April 2010).
46. Di Martino, V.: *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector* [dt.: Die Beziehung zwischen Stress und Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen], Genf, Gemeinsames Programm von ILO/ICN/WHO/IÖD zu Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen 2003 (<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health/publ.htm>, Stand 13. April 2010).
47. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz: *Stress – definition and symptoms* [dt.: Stress – Definition und Symptome], (http://osha.europa.eu/en/topics/stress/index_html/definitions_and_causes, Stand 16. Juli 2010).
48. Goehring, C. et al.: Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey [dt.: Psychosoziale und fachliche Kennzeichen von Burnout bei Hausärzten in der Schweiz: eine Querschnittsstudie], (<http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2005/07/smwn-10841.pdf>, Stand 16. Juli 2010), *Swiss Medical Weekly*, 2005, 135, S. 101–108.
49. Hristov, Z. et al.: *Work stress in the context of transition. A case study of education, health and public administration in Bulgaria* (Report No. 26) [dt.: Stress am Arbeitsplatz im Kontext des Wandels. Eine Fallstudie der Bereiche Bildung, Gesundheit und öffentliche Verwaltung in Bulgarien], (Bericht Nr. 26), Budapest, Internationales Arbeitsamt, Subregionales Büro für Zentral- und Osteuropa, 2003.
50. Di Martino, V.: *Workplace violence in the health sector: Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study–Synthesis report* [dt.: Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen. Fallstudien der Länder Brasilien, Bulgarien, Libanon, Portugal, Südafrika und eine zusätzliche australische Studie – Synthesebericht], Gemeinsames Programm von IAA/ICN/WHO/ICN, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/index2.html, Stand 15. April 2010).
51. Internationales Arbeitsamt: *Guidelines on occupational safety and health management systems* [dt.: Richtlinien zu Managementsystemen zu Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz], *ILO-OSH 2001*. Genf, Internationales Arbeitsamt, 2001.

52. WHO: *Resolution WHA60.26 on workers' health: global plan of action* [dt.: Resolution WHA60.26 zur Gesundheit am Arbeitsplatz: globaler Aktionsplan], Genf, 60. Weltgesundheitsversammlung (Tagesordnungspunkt 12.13, 23. Mai 2007, A60/VR/11, Absatz 9; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-en.pdf, Stand 11. April 2010).

53. WHO: *Work plan of the Global Network of WHO Collaborating Centres for Occupational Health for the period 2009–2012: Compendium* [dt.: Arbeitsplan des globalen Netzwerks der WHO-Kollaborationszentren für Gesundheit im Beruf für den Zeitraum 2009–2012: Compendium], Genf, WHO, 2009 (http://www.who.int/occupational_health/cc_compendium.pdf, Stand 19. Juli 2010).

54. EU Issue Tracker: *Sharp objects in health care* [dt.: Scharfe Objekte in der Gesundheitspflege], *EU Issue Tracker – the regulatory radar*, 14. Dezember 2009; <http://www.euissuetracker.com/en/focus/Pages/Sharp-Objects-in-Health-Care.aspx>, Stand 10. April 2010).

55. Europäisches Parlament: *Motion for a Resolution pursuant to Rule 84(3) of the Rules of Procedure by Liz Lynne, Pervenche Berès on behalf of the Committee on Employment and Social Affairs on the proposal for a Council directive implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU* [dt.: Entschließungsantrag gemäß Artikel 84 Absatz 3 der Geschäftsordnung von Liz Lynne und Pervenche Berès im Namen des Ausschusses für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten zu dem Vorschlag für eine Richtlinie des Rates zur Durchführung der von HOSPEEM und EGÖD geschlossenen Rahmenvereinbarung zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor], (KOM(2009)0577), Europäisches Parlament 2009–2014, Sitzungsdokument B7-0063/2010, 1.2.2010 (RE\803453EN.doc; PE432.911v01-00). Straßburg, Europäisches Parlament, 2010.

56. De Raeve, P.: *Sharps injuries – stepping up to the challenge in Europe* [dt.: Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente – der Herausforderung in Europa begegnen], Brüssel, Europäische Föderation der Pflegeorganisationen, 2010, (http://www.efnweb.org/version1/en/networks_articles.html, Stand 6. April 2010).

57. WHO: *WHO best practices for injections and related procedures toolkit* [dt.: Vorbildliche Praktiken der WHO für Injektionsvorrichtungen und damit verbundene Vorgehensweisen], Genf, WHO, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf, Stand 2. Juli 2010).

58. HOSPEEM und EGÖD, *Framework agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and health care sector* [dt.: Rahmenvereinbarung zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor], Brüssel, HOSPEEM und EGÖD, 2009 (<http://www.epsu.org/a/5581>, Stand 4. April 2010).
59. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz: *How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress* [dt.: Umgang mit psychosozialen Fragen und Reduzierung von arbeitsbedingtem Stress], Luxemburg, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2002.
60. IAA/ICN/WHO/IÖD: *Framework Guidelines on addressing workplace violence in the health sector* [dt.: Rahmenrichtlinien zur Bekämpfung der Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitssektor], Gemeinsames Programm von IAA/ICN/WHO/IÖD zu Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen, Genf, Internationales Arbeitsamt, 2002.
61. Kokalov, I.: *Tackling violence at work in the health sector – unions make a difference in Bulgaria* [dt.: Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitssektor angehen – die Bedeutung der Gewerkschaften in Bulgarien], Focus on Health, Nr. 1, August 2006, Internationale der Öffentlichen Dienste, 2006 (<http://www.world-psi.org>, Stand 19. April 2010).
62. McClure, M., et al: *Magnet hospitals; attraction and retention of professional nurses* [dt.: Magnetkrankenhäuser – professionelle Pflegekräfte gewinnen und binden], Kansas City, American Academy of Nursing, 1983.
63. Aiken, L. H., et al.: Transformative impact of Magnet designation: England case study [dt.: Umgestaltende Auswirkung der Magnet-Kennzeichnung: Fallstudie England], *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17(2), S. 3330–3337.
64. Aiken, L. H., Patrician, P.: Measuring organizational traits of hospitals: the revised Nursing Work Index [dt.: Messung der organisatorischen Eigenschaften von Krankenhäusern: der überarbeitete Index der Pflegearbeit], *Nursing Research*, 2000, 49(3), S. 146–153.
65. Lake, E. T.: Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index [dt.: Entwicklung der Skala für die Arbeitsumgebung im Rahmen des Index der Pflegearbeit], *Research in Nursing and Health*, 2002, 25(3), S. 176–188.
66. O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., Shamias, J.: *Final Report: Understanding the Costs and Outcomes of Nurses' Turnover in Canadian Hospitals* [dt.: Abschlussbericht: Kosten und Auswirkungen der Fluktuation von Pflegekräften in kanadischen Krankenhäusern verstehen], Toronto, Universität Toronto, Nursing Health Services Research Unit, 2008. (<http://www.hhrchair.ch/research.cfm>, Stand 16. Juli 2010)

67. WHO-Regionalbüro für Europa: „Health Promoting Hospitals Network (HPH)“ [dt.: Netzwerk der die Gesundheit fördernden Krankenhäuser], Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph>, Stand 4. Juni 2010).
68. Groene, O., (Hrsg.) 2006: *Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms* [dt.: Umsetzung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern: Handbuch und Formulare zur Selbstbeurteilung], Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006: S.47–50.
69. Internationales Arbeitsamt: *Social Dialogue in the health services: a tool for practical guidance* [dt.: Sozialer Dialog im Gesundheitswesen: ein Instrument zur praktischen Anleitung], Genf, Internationales Arbeitsamt, Sektorales Aktivitätenprogramm, 2004.
70. EGÖD und HOSPEEM: *Strengthening social dialogue in the hospital sector in the new Member States and candidate countries* [dt.: Stärkung des sozialen Dialogs in neuen Mitgliedstaaten und Beitrittsländern], EGÖD und HOSPEEM, 2007 (<http://www.hospitalsocialdialogue.eu>, letzte Aktualisierung 9. Juli 2007).

Anhänge

Anhang 1: Magnetkrankenhäuser und die 14 „Kräfte des Magnetismus“

Die ursprüngliche Magnet-Studie aus dem Jahr 1983 identifizierte 14 Merkmale, durch die sich Einrichtungen auszeichnen, die in der Lage sind, Pflegekräfte zu rekrutieren und zu binden. Diese Merkmale wurden zu den „American Nurses Credentialing Center (ANCC) Forces of Magnetism“ [dt.: Magnetkräfte des Zentrums für die Vergabe von Zulassungen für amerikanische Pflegekräfte), dem konzeptionellen Rahmen für den Magnet-Anerkennungsprozess.

1	Qualität der Pflegekräfte mit Führungsaufgaben	Sachkundige, starke, risikobereite Pflegekräfte mit Führungsaufgaben folgen einer klar formulierten, strategischen und visionären Philosophie bei den täglichen Arbeiten der Pflegeleistungen. Pflegekräfte mit Führungsaufgaben auf allen Ebenen der Einrichtung vermitteln ein starkes Gefühl der Fürsprache und Unterstützung für Mitarbeiter und Patienten. (Die Ergebnisse qualifizierter Führung werden in der Pflegepraxis am Krankenbett offensichtlich.)
2	Organisationsstruktur	Die Organisationsstrukturen sind im Allgemeinen eher flach als hoch und es überwiegt die dezentrale Entscheidungsfindung. Die Organisationsstruktur ist dynamisch und reagiert auf Veränderungen. Eine starke Vertretung der Pflegekräfte ist in der Struktur der Gremien der Einrichtung offensichtlich. Pflegekräfte mit Führungsaufgaben in leitenden Positionen arbeiten in der Führungsetage. Der Pflegeleiter untersteht üblicherweise direkt der Krankenhausleitung. Die Einrichtung hat ein funktionierendes und produktives System der gemeinsamen Entscheidungsfindung.
3	Managementstil	Die Einrichtung des Gesundheitswesens und die Pflegekräfte mit Führungsaufgaben schaffen ein Umfeld, welches Partizipation unterstützt. Feedback von allen Mitarbeitern auf allen Ebenen der Organisation wird gefördert, geschätzt und ist fest bei ihnen verankert. Pflegekräfte in Führungspositionen sind sichtbar, ansprechbar und setzen sich dafür ein, wirklich mit den Mitarbeitern zu kommunizieren.
4	Personalpolitik und Personalprogramme	Gehälter und Sozialleistungen sind wettbewerbsfähig. Es werden kreative und flexible Stellenbesetzungsmodelle eingesetzt, die ein sicheres und gesundes Arbeitsumfeld unterstützen. Personalpolitik entsteht unter direkter Einbindung der Pflegekräfte. Es existieren signifikante Möglichkeiten für eine berufliche Weiterentwicklung sowohl in administrativen als auch in klinischen Laufbahnen. Personalpolitik und Personalprogramme unterstützen eine professionelle Pflegepraxis, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und die Erbringung einer hochwertigen Versorgung.

5	Fachliche Pflegemodelle	Es gibt Pflegemodelle, die den Pflegekräften die Verantwortung und Autorität für die direkte Pflege von Patienten geben. Pflegekräfte sind verantwortlich für ihre eigene Tätigkeit und für die Koordination der Pflege. Die Pflegemodelle (d. h. Grundpflege, Fallmanagement, familienzentriert, auf Bereich bezogen und ganzheitlich) sorgen für Kontinuität über den gesamten Pflegeverlauf. Die Modelle berücksichtigen die besonderen Bedürfnisse der Patienten und sorgen für ausgebildete Pflegekräfte und ausreichende Ressourcen, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen.
6	Versorgungsqualität	Qualität ist ein systematischer Antrieb für die Pflege und die Gesundheitseinrichtung. Pflegekräfte in Führungspositionen sind dafür verantwortlich, ein Umfeld zu schaffen, das die Patientenergebnisse positiv beeinflusst. Unter den Pflegekräften gibt es die allgemeine Auffassung, dass sie den Patienten eine hochwertige Versorgung zukommen lassen.
7	Qualitätsverbesserung	In der Einrichtung gibt es Strukturen und Prozesse zur Qualitätsmessung und Programme zur Verbesserung von Versorgungsqualität und Versorgungsleistungen innerhalb der Einrichtung.
8	Beratung und Ressourcen	Die Gesundheitseinrichtung stellt angemessene Mittel, Unterstützung und Möglichkeiten für die Nutzung von Fachleuten, insbesondere von Pflegespezialisten („advanced practice nurses“) zur Verfügung. Darüber hinaus fördert die Einrichtung die Mitwirkung von Pflegekräften in Berufsorganisationen und unter Fachkollegen auf kommunaler Ebene.
9	Autonomie	Autonome Pflege ist die Fähigkeit einer Pflegekraft, die für die Versorgung von Patienten geeigneten Pflegemaßnahmen aufgrund von Kompetenz und fachlichem Wissen und Expertise einzuschätzen und zu leisten. Von der Pflegekraft wird erwartet, dass sie eigenständig arbeitet und die fachlichen Standards erfüllt. Eine unabhängige Einschätzung wird im Zusammenhang mit interdisziplinären und multidisziplinären Ansätzen zur Versorgung von Patienten/Bewohnern/Kunden erwartet.
10	Kommune und Gesundheitseinrichtung	Es gibt Beziehungen innerhalb und zwischen allen Arten von Gesundheitseinrichtungen und anderen kommunalen Organisationen, um starke Partnerschaften zu entwickeln, die ein verbessertes Behandlungsergebnis für den Kunden und die Gesundheit der Kommunen, den sie dienen, unterstützen.

11	Pflegekräfte als Lehrer	Pflegefachkräfte sind an Ausbildungsaktivitäten in der Einrichtung und in der Gemeinde beteiligt. Studenten verschiedener akademischer Programme sind in der Einrichtung willkommen und werden unterstützt; Vertragsverhältnisse sind für beide Seiten von Nutzen. Es gibt ein Entwicklungs- und Mentorenprogramm für Mitarbeiter, die Lernende/Studenten aller Art ausbilden (einschließlich Studenten, Absolventen, erfahrene Pflegekräfte usw.). Mitarbeiter in allen Positionen dienen als Lehrer und Ausbilder für Studenten aus verschiedenen akademischen Programmen. Es gibt ein Patientenschulungsprogramm, das den Bedürfnissen der Patienten in den verschiedenen Pflegesituationen in der Einrichtung entspricht.
12	Image der Pflegeberufe	Die Leistungen der Pflegekräfte werden von anderen Teammitgliedern in der Gesundheitsversorgung als unverzichtbar bezeichnet. Pflegekräfte werden als wesentlich für die Fähigkeit der Einrichtung angesehen, Patienten zu versorgen. Die Pflege hat einen effektiven Einfluss auf systemweite Prozesse.
13	Interdisziplinäre Beziehungen	Zusammenarbeit in den Arbeitsbeziehungen innerhalb und zwischen Fachdisziplinen wird geschätzt. Gegenseitige Achtung basiert auf der Voraussetzung, dass alle Teammitglieder in der Gesundheitspflege wichtige und bedeutende Beiträge zur Erreichung klinischer Ergebnisse leisten. Es gibt Strategien zum Konfliktmanagement, die gegebenenfalls erfolgreich genutzt werden.
14	Berufliche Weiterentwicklung	Die Gesundheitseinrichtung schätzt und unterstützt die persönliche und fachliche Entwicklung und Weiterbildung von Mitarbeitern. Zusätzlich zu einer Qualitätsorientierung und der Ausbildung am Arbeitsplatz (zuvor unter 11 „Pflegekräfte als Lehrer“ angesprochen) werden Dienstleistungen rund um die berufliche Entwicklung betont. Programme zur Förderung der formalen Ausbildung, der fachlichen Zertifizierung und der beruflichen Entwicklung sind vorhanden. Kompetenzbasierte Weiterentwicklung im klinischen Bereich und bei Führung/Management wird gefördert und angemessene personelle und finanzielle Ressourcen werden für alle Programme zur beruflichen Weiterentwicklung bereitgestellt.

Quelle: <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/ForcesofMagnetism.aspx> (Stand 8. April 2010).

Anhang 2: Health Promoting Hospitals (dt. gesundheitsfördernde Krankenhäuser) und Health Services Network (dt.: Gesundheitsdienstleistungsnetz), Standards zur Selbsteinschätzung

Standard 4: Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

Das Management schafft Bedingungen für die Entwicklung von Krankenhäusern zu gesunden Arbeitsplätzen.

Ziel

Den Aufbau eines gesunden und sicheren Arbeitsplatzes zu unterstützen und gesundheitsfördernde Aktivitäten der Mitarbeiter zu unterstützen.

Substandard 4.1

Das Krankenhaus gewährleistet die Entwicklung und Umsetzung eines gesunden und sicheren Arbeitsplatzes.

- 4.1.1. Die Arbeitsbedingungen entsprechen den nationalen/regionalen Richtlinien und Indikatoren (Nachweis: z.B. werden nationale und internationale (EU-) Richtlinien anerkannt).
- 4.1.2. Die Mitarbeiter befolgen die Gesundheits- und Sicherheitsanforderungen; alle Arbeitsplatzrisiken sind erkannt (Nachweis: z. B. Überprüfung der Daten zu berufsbedingten Verletzungen).

Substandard 4.2

Das Krankenhaus gewährleistet die Entwicklung und Umsetzung einer umfassenden Strategie zu personellen Ressourcen, die auch die Ausbildung der Mitarbeiter und die Entwicklung von deren Fähigkeiten im Bereich Gesundheitsförderung beinhaltet.

- 4.2.1. Neue Mitarbeiter erhalten eine Einarbeitung, die die Unternehmensstrategie zur Gesundheitsförderung zum Thema hat (Nachweis: z. B. Gespräche mit neuen Mitarbeitern).
- 4.2.2. Mitarbeiter in allen Bereichen kennen den Inhalt der Unternehmensstrategie zur Gesundheitsförderung (Nachweis: z. B. jährliche Leistungsbeurteilungen oder die Teilnahme von Mitarbeitern am Programm zur Gesundheitsförderung).
- 4.2.3. Es gibt ein System zur Leistungsbeurteilung und eine fortlaufende fachliche Weiterentwicklung einschließlich der Gesundheitsförderung (Nachweis: z. B. belegt durch Einsicht in die Personalakten oder Gespräch).
- 4.2.4. Arbeitspraktiken (Verfahren und Richtlinien) werden von multidisziplinären Teams entwickelt (Nachweis: z. B. Überprüfung der Verfahren, Rücksprache mit den Mitarbeitern).

- 4.2.5. Mitarbeiter sind an der Politik des Krankenhauses und an deren Prüfung und Überarbeitung beteiligt (Nachweis: Rückfrage bei Mitarbeitern, Überprüfung der Protokolle von Arbeitsgruppen hinsichtlich der Teilnahme von Mitarbeitervertretern).

Substandard 4.3

Das Krankenhaus gewährleistet die Verfügbarkeit von Maßnahmen, um ein Bewusstsein der Mitarbeiter für Gesundheitsfragen zu entwickeln und zu bewahren.

- 4.3.1. Richtlinien zum Gesundheitsbewusstsein sind für die Mitarbeiter verfügbar (Nachweis: z. B. Überprüfung der Richtlinien zu Rauchen, Alkohol, Suchtmittelmissbrauch und körperlicher Aktivität).
- 4.3.2. Es werden Programme zur Raucherentwöhnung angeboten (z. B. Nachweis über die Verfügbarkeit von Programmen).
- 4.3.3. Es werden jährliche Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Diese beinhalten eine Beurteilung des persönlichen Verhaltens, die Kenntnis von unterstützenden Leistungen/ Maßnahmen und den Einsatz von unterstützenden Seminaren (Nachweis: Überprüfung des Fragebogens und der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung).

Quelle: O. Groene, Hrsg., 2006: Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms [dt.: Umsetzung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern: Handbuch und Formulare zur Selbsteinschätzung], Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006, S. 47–50.

Gemeinsame Grundsatzpapiere

1. Wie können europäische Gesundheitssysteme Investitionen in Gesundheitsstrategien für die Bevölkerung und ihre Umsetzung tragen?
David McDaid, Michael Drummond, Marc Suhrcke
2. Wie kann die Wirkung der Beurteilung von Gesundheitstechnologien verbessert werden?
Corinna Sorenson, Michael Drummond, Finn Børlum Kristensen, Reinhard Busse
3. Wo bleiben die Patienten bei Entscheidungen über ihre eigene Versorgung?
Angela Coulter, Suzanne Parsons, Janet Askham
4. Wie kann das Umfeld für die Versorgung älterer Menschen ausgewogener gestaltet werden?
Peter C. Coyte, Nick Goodwin, Audrey Laporte
5. In welchen Fällen haben vertikale (unabhängige) Programme einen Platz in Gesundheitssystemen?
Rifat A. Atun, Sara Bennett, Antonio Duran
6. Wie können Managementprogramme für chronische Krankheiten bei unterschiedlichen Versorgungsumfeldern und Leistungserbringern funktionieren?
Debbie Singh
7. Wie lässt sich die Migration von Fachkräften im Gesundheitswesen steuern, damit negative Auswirkungen auf das Angebot vermindert werden?
James Buchan
8. Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv erzielt werden und warum?
Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann, Elena Neiterman, Sirpa Wrede
9. Stellen lebenslanges Lernen und Revalidierung von Ärzten sicher, dass Ärzte geeignet sind, zu praktizieren?
Sherry Merkur, Philipa Mladovsky, Elias Mossialos, Martin McKee
10. Wie können Gesundheitssysteme auf die Alterung der Bevölkerung reagieren?
Bernd Rechel, Yvonne Doyle, Emily Grundy, Martin McKee
11. Wie können europäische Staaten effiziente, gerechte und nachhaltige Finanzierungssysteme für die langfristige Versorgung älterer Menschen entwickeln?
José-Luis Fernández, Julien Forder, Birgit Trukeschitz, Martina Rokosová, David McDaid
12. Wie kann die Gleichheit von Frauen und Männern von Gesundheitssystemen berücksichtigt werden?
Sarah Payne
13. Wie kann Telemedizin an einer integrierten Versorgung mitwirken?
Karl A. Stroetmann, Lutz Kubitschke, Simon Robinson, Veli Stroetmann, Kevin Cullen, David McDaid
14. Wie lassen sich Voraussetzungen schaffen, um die Qualifikationen von Ärzten an neue Anforderungen und lebenslanges Lernen anzupassen?
Tanya Horsley, Jeremy Grimshaw, Craig Campbell
15. Wie lässt sich ein attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld für Fachkräfte des Gesundheitswesens schaffen?
Christiane Wiskow, Tit Albrecht, Carlo de Pietro

Das Europäische Observatorium besitzt ein eigenes Programm von Grundsatzpapieren (siehe <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/policybriefs/joint-hen-obs-policy-briefs>)

Das HEN produziert Syntheseberichte und Zusammenfassungen (verfügbar unter <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence-network-hen>).

World Health Organization
Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark
Tel.: +45 39 17 17 17.
Fax: +45 39 17 18 18.
E-mail: postmaster@euro.who.int
Web site: www.euro.who.int

Dieses Grundsatzpapier wurde verfasst für die Konferenz der belgischen Ratspräsidentschaft „In die europäischen Gesundheitsexperten von morgen investieren: Spielraum für Innovation und Zusammenarbeit“ (La Hulpe, 9.–10. September 2010).

Diese Veröffentlichung gehört zur gemeinsamen Serie von Grundsatzpapieren des Health Evidence Networks und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Diese Serie richtet sich vor allem an politische Entscheidungsträger, die sich umsetzbare Informationen wünschen. Sie behandelt Fragen wie beispielsweise: Stellt etwas ein Problem dar und warum? Was ist über die wahrscheinlichen Folgen bekannt, wenn bestimmte Strategien zur Problemlösung gewählt werden? Wie lassen sich diese Strategien unter Berücksichtigung von Überlegungen zur Umsetzung von Politiken angemessen zu brauchbaren politischen Optionen kombinieren?

Aufbauend auf den Syntheseberichten des Networks und den Grundsatzpapieren des Observatoriums beruht diese Serie auf einer gründlichen Untersuchung und Bewertung der verfügbaren Forschungserkenntnisse und einer Beurteilung ihrer Relevanz für europäische Zusammenhänge. Die Grundsatzpapiere beabsichtigen nicht, ideale Modelle oder empfohlene Ansätze zu bieten. Indem sie wichtige Forschungsergebnisse zusammenfasst und im Hinblick auf ihre Relevanz für die Politik interpretiert, will die Serie vielmehr Informationen über mögliche Optionen der Politik liefern.

Das **Health Evidence Network** (HEN) des WHO-Regionalbüros für Europa dient politischen Entscheidungsträgern in den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO als eine glaubwürdige Quelle von Erkenntnissen. Auf seiner eigenen Webseite (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen>) bietet es zeitgemäße Antworten auf Fragen zu Bevölkerungsgesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemen in Form von evidenzbasierten Berichten oder Grundsatzpapieren, Zusammenfassungen oder Notizen sowie einen einfachen Zugriff auf Erkenntnisse und Informationen zahlreicher Webseiten, Datenbanken und Schriften.

Das **Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik** ist eine Partnerschaft, die eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik durch umfassende und genaue Analysen von Gesundheitssystemen in der Europäischen Region der WHO unterstützt und fördert. Es vereint ein breites Spektrum von politischen Entscheidungsträgern, Wissenschaftlern und Praktikern mit dem Ziel, Trends bei Gesundheitsreformen gestützt auf Erfahrungen aus ganz Europa zu analysieren, um Fragen strategisch-politischer Bedeutung zu klären. Die Produkte des Observatoriums sind auf seiner Webseite (<http://www.healthobservatory.eu>) verfügbar.