

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 027, Februar 2017

Nurse-to-Patient Ratios

Ein internationaler Überblick über
staatliche Vorgaben zu einer
Mindestbesetzung im Pflegedienst
der Krankenhäuser

Michael Simon und Sandra Mehmecke

Die Autoren:

Prof. Dr. Michael Simon, Hochschullehrer im Ruhestand, lehrte bis Anfang 2016 an der Hochschule Hannover, Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales mit den Arbeitsschwerpunkten Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik.

Sandra Mehmecke, Master of Arts (Management für Gesundheits- und Pflegeberufe), Medizinische Hochschule Hannover, Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssystemforschung, Arbeitsbedingungen in der Pflege.

ISSN 2509-2359

© 2017 Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Inhalt

Tabellenverzeichnis	6
Kurzzusammenfassung.....	7
Einleitung.....	11
Regulierungsmodelle US-amerikanischer Bundesstaaten	14
Nurse-to-Patient Ratio Regulations:	
Das Regulierungsmodell des Bundesstaates Kalifornien.....	16
Inhalte der staatlichen Regulierung	17
Erfahrung mit der Umsetzung	23
Diskussion	33
Nurse-to-Patient Assignment Limits:	
Das Regulierungsmodell des Bundesstaates Massachusetts.....	35
Inhalte der staatlichen Regulierung	35
Diskussion	37
Nurse Staffing Committees und Nurse Staffing Plans:	
Das Beispiel Oregon	38
Inhalte der staatlichen Regulierung	39
Diskussion	42
Regulierungen in anderen Bundesstaaten:	
Das Beispiel New Jersey.....	44
Inhalte der staatlichen Regulierung	44
Diskussion	45
Regulierungsmodelle australischer Bundesstaaten	47
Das Regulierungsmodell des Bundesstaates Victoria.....	49
Inhalte der staatlichen Regulierung	50
Diskussion	55

Das Regulierungsmodell des Bundesstaates Queensland	56
Inhalte der staatlichen Regulierung	57
Diskussion	64
Regulierung durch Tarifverträge: Das Beispiel New South Wales	65
Inhalte der tarifvertraglichen Vereinbarungen.....	66
Diskussion	71
Regulierungsmodelle asiatischer Staaten.....	74
Das Regulierungsmodell Japans.....	74
Inhalte der staatlichen Regulierung	75
Diskussion	75
Das Regulierungsmodell Südkoreas	76
Inhalte der staatlichen Regulierung	76
Diskussion	80
Das Regulierungsmodell Taiwans	81
Inhalte der staatlichen Regulierung	82
Diskussion	82
Regulierungsmodelle europäischer Staaten	84
Das Regulierungsmodell Belgiens	84
Inhalte der staatlichen Regulierung	85
Diskussion	92
Ansätze einer Regulierung in Deutschland	93
Die Neonatologie-Richtlinie des G-BA.....	94
Regulierung im Rahmen der Krankenhausplanung.....	95
Diskussion	96
Die gescheiterte Einführung von Nurse-to-Patient Ratios in Wales	97
Inhalte der geplanten und der tatsächlich eingeführten staatlichen Regulierung	98
Diskussion	100

Zusammenfassung und Diskussion.....	101
Unterschiedliche Regulierungsmodelle in den USA, Australien, Asien und Europa.....	105
Zum Unterschied zwischen Nurse-to-Patient Ratios und Nurse-to-Bed Ratios	107
Nurse-to-Patient Ratios als Instrument der Qualitätssicherung.....	109
International existierende Regulierungen: Deutlich mehr als nur die Vorgabe von Mindestbesetzungen	116
Zur Frage einer Übertragbarkeit auf Deutschland	122
Anhang.....	128
Das Gesundheitssystem der USA: Eine Kurzdarstellung.....	128
Das Gesundheitssystem Australiens: Eine Kurzdarstellung.....	133
Literatur	137

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen des US-Bundesstaates Kalifornien.....	19
Tabelle 2: Nurse-to-Patient Ratios des Bundesstaates Victoria (Australien)	51
Tabelle 3: Nursing-Hours-Per-Patient-Day (NHPPD) und Nurse-to-Patient-Ratios (NtPR) im Bundesstaat New South Wales (Australien).....	69
Tabelle 4: Personaleinsatzplanung – Beispieltabelle 1 (New South Wales).....	70
Tabelle 5: Aufwendungen für stationäre Pflegeleistungen sowie Leistungen der Intensivpflege nach Nurse-to-Bed Ratios in Südkorea	78
Tabelle 6: Mindest-Personalvorgaben für Krankenhäuser in Belgien.....	88
Tabelle 7: Staaten oder Teilstaaten mit Vorgaben zur Mindest- besetzung nach Art der Nurse-to-Patient Ratios	103
Tabelle 8: Personalausstattung im Pflegedienst der Kranken- häuser in 12 europäischen Staaten und den USA	116

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Studie gibt einen Überblick über international bestehende Regulierungen der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Im Mittelpunkt stehen Regulierungssysteme, die zwingend einzuhaltende Mindestbesetzungen in Form von Nurse-to-Patient Ratios durch staatliches Recht vorgeben. Als Nurse-to-Patient Ratios werden Verhältniszahlen bezeichnet, die angeben, wie viele Pflegefachkräfte für eine bestimmte Zahl an Patienten¹ pro Schicht auf einer Station, in der Notaufnahme, im OP etc. vorzuhalten sind. Die Verhältniszahlen sollen als Instrument der Qualitätssicherung dienen, indem sie eine Untergrenze für die Besetzung der Krankenhäuser mit qualifiziertem Pflegepersonal vorgeben.

Auf Grundlage einer systematischen Literatur- und Internetrecherche wurden eine Reihe von Staaten und Teilstaaten (Bundesstaaten) ermittelt, in denen staatliche oder tarifvertragliche Regulierungen der Personalbesetzung im Pflegedienst existieren. Die international anzutreffenden gesetzlichen und tarifvertraglichen Vorgaben zu Mindestbesetzungen im Pflegedienst der Krankenhäuser bauen zumeist auf der Überzeugung auf, dass die Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl qualifizierter Pflegekräfte eine wichtige Voraussetzung für eine qualitativ gute Krankenhausbehandlung ist. Nach Auffassung der jeweiligen Gesetz- und Ordnungsgeber können Vorgaben zu Mindestbesetzungen insbesondere dazu beitragen, Schädigungen der Patientengesundheit durch schwere Komplikationen zu vermeiden.

Von Nurse-to-Patient Ratios zu unterscheiden sind so genannte Nurse-to-Bed Ratios, die die Zahl der Pflegepersonalstellen pro Station im Verhältnis zur Zahl der aufgestellten oder durchschnittlich belegten Betten angeben. Nurse-to-Bed Ratios dienen in der Regel als Kennzahl zur Bemessung von Krankenhausbudgets oder Vergütungen. Sofern sie lediglich Durchschnittswerte angeben, die für längere Zeiträume wie beispielsweise ein Kalenderjahr gelten, sind sie für Zwecke der Qualitätssi-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

cherung nicht oder nur sehr eingeschränkt tauglich. Denn die Vorgabe von Durchschnittswerten innerhalb größerer Zeiträume kann nicht verhindern, dass es zu erheblichen Schwankungen der Personalbesetzung an einzelnen Tagen oder in einzelnen Schichten kommt und die erforderliche Mindestbesetzung unter Umständen weit unterschritten wird.

Staatliche Vorgaben zur Mindestbesetzung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal in Form von Nurse-to-Patient Ratios wurden im Rahmen der vorliegenden Studie in zwei US-Bundesstaaten und in Australien gefunden. Darüber hinaus finden sich Elemente dieses Regulierungsmodells in weiteren US-Bundesstaaten, drei asiatischen Staaten sowie in Belgien und Deutschland.

Das international bekannteste Regulierungsmodell dieser Art sind die 2004 im US-Bundesstaat Kalifornien eingeführten Nurse-to-Patient Ratio Regulations, die Mindestbesetzungen für ein breites Spektrum an Krankenhausstationen und anderen Abteilungen wie beispielsweise Notaufnahmen, OPs, Kreißsäle etc. enthalten. Bis Ende 2015 führten 13 weitere US-Bundesstaaten staatliche Vorschriften zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser ein. Der Bundesstaat Massachusetts verlangt die Einhaltung vorgegebener Mindestbesetzungen für Intensivstationen, und acht andere Bundesstaaten haben alle Krankenhäuser verpflichtet, so genannte „Nurse Staffing Committees“ einzurichten, die einen Stellenplan für den Pflegedienst des jeweiligen Krankenhauses erstellen, zu dessen Einhaltung das Krankenhaus gesetzlich verpflichtet ist. Die Committees sind mindestens zur Hälfte mit Pflegekräften zu besetzen, die in der direkten Pflege tätig sind. Der jeweilige Bundesstaat überwacht die Einhaltung der entsprechenden gesetzlichen Vorschriften und des Stellenplans und setzt sie gegebenenfalls mit Hilfe von Sanktionen durch. Vier Bundesstaaten beschränken sich im Wesentlichen darauf, die Krankenhäuser zur Veröffentlichung ihrer tatsächlichen Personalbesetzung zu verpflichten.

In Australien existiert eine lange Tradition tarifvertraglicher Vereinbarungen, in denen auch die Personalausstattung staatlicher Krankenhäuser in Form von Nurse-to-Patient Ratios oder Nursing Hours Per Patient Day (NHPPD) geregelt wird. Mittlerweile sind die Bundesstaaten Queensland und Victoria dazu übergegangen, auf dieser Grundlage gesetzliche Vorschriften zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zu erlassen, in deren Zentrum die Vorgabe zwingend einzuhaltender Nurse-to-Patient Ratios stehen. In den übrigen Bundesstaaten enthalten die geltenden Tarifverträge für staatliche Krankenhäuser detaillierte Vorgaben zur Personalbesetzung. Da sich in Australien mehr als 90% der Betten in Allgemeinkrankenhäusern in staatlichen Kliniken befinden, ist dort die Personalbesetzung im Pflegedienst der Kranken-

häuser somit fast vollständig durch gesetzliche Vorschriften oder tarifvertragliche Vereinbarungen geregelt.

Sowohl in den USA als auch in Australien umfassen die betreffenden Regulierungssysteme weit mehr als nur die Vorgabe von Mindestbesetzungen. Nurse-to-Patient Ratios legen nur eine Mindestbesetzung fest, die nicht zur Normalbesetzung werden oder als Obergrenze gehandhabt werden soll. Dementsprechend werden Krankenhäuser verpflichtet, Verfahren einzuführen und anzuwenden, mit denen der Pflegebedarf aller Patienten erhoben werden kann. Ergibt die Messung des Pflegebedarfs einen über die Mindestbesetzung hinausgehenden Personalbedarf, ist entsprechend zusätzliches Personal vorzuhalten. An die einzusetzenden Verfahren und Assessmentinstrumente werden teilweise konkrete Anforderungen gestellt und es dürfen nur solche eingesetzt werden, die zuvor vom zuständigen Ministerium zertifiziert wurden.

Die bestehenden Regulierungssysteme beinhalten auch Systeme zur Überwachung der Einhaltung der Vorgaben. Eine Reihe von Staaten setzen dabei zusätzlich zur staatlichen Aufsicht in starkem Maße auf die Einbeziehung des in den Krankenhäusern beschäftigten Pflegepersonals. In mehreren Regulierungssystemen wird explizit vorgegeben, dass Beschäftigte oder Patienten die zuständige Regierungsbehörde über die Nichtbefolgung von Rechtsvorschriften informieren sollen. In den USA und Australien ist zudem die Einrichtung gemeinsam von Krankenhausleitung und Beschäftigten oder ihrer Gewerkschaft besetzter Kommissionen fester Bestandteil entsprechender Regulierungssysteme. Diese Kommissionen sind sowohl für die Lösung von Konflikten als auch für Beschwerden über die Nichteinhaltung von Vorschriften zuständig.

Bei der Durchsetzung der Rechtsvorschriften ist international ein breites Spektrum von Maßnahmen zu verzeichnen, das von einer Berichtspflicht und regelmäßigen Überwachung über Geldbußen bis hin zum Entzug der Betriebslizenz oder Zulassung reicht.

In drei asiatischen Staaten existieren ebenfalls gesetzliche Vorschriften zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, wenngleich offenbar nicht so umfangreich wie in Kalifornien und Australien. Eine Analyse dieser Regulierungssysteme war jedoch aufgrund sprachlicher Barrieren nur sehr eingeschränkt möglich und konnte sich weitgehend nur auf Sekundärliteratur stützen. Sofern erkennbar, handelt es sich bei den dort anzutreffenden Vorgaben zumeist nicht um Nurse-to-Patient Ratios, sondern um Nurse-to-Bed Ratios, die vor allem im Rahmen der Krankenhausfinanzierung zur Bemessung von Budgets und Vergütungen eingesetzt werden.

In Europa finden sich in Belgien Mindestanforderungen an die Personalbesetzung der Krankenhäuser, die bereits 1988 eingeführt wurden.

Sie gelten nicht nur für den Pflegedienst, sondern auch für medizinisch-therapeutisches Personal. Die Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst sind jedoch nicht als Nurse-to-Patient Ratios festgesetzt, sondern als Vollzeitäquivalente je durchschnittlich belegte Betten. Das belgische Regulierungsmodell ist dementsprechend dem Modell der Nurse-to-Bed Ratios zuzuordnen. Die Mindestanforderungen sind einerseits Teil eines Systems externer Qualitätssicherung, ihre Kennzahlen dienen aber auch zur Berechnung eines Teils der Krankenhausbudgets.

In Deutschland gibt es bislang nur erste Ansätze einer Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst nach Art der Nurse-to-Patient Ratios. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat 2013 in einer Neufassung der Neonatologie-Richtlinie erstmals Nurse-to-Patient Ratios für neonatologische Intensivstationen der Perinatalzentren des Level 1 und 2 festgelegt. Sie sollten zum 01.01.2017 in Kraft treten. Kurz vor dem Inkrafttreten wurde ihre Allgemeinverbindlichkeit jedoch durch eine sehr weitgehende Übergangsregelung faktisch wieder aufgehoben. Zwar gelten die Vorschriften weiterhin, bis zum 31.12.2019 dürfen die betroffenen Perinatalzentren jedoch von der neu beschlossenen Übergangsregelung Gebrauch machen und brauchen die Anforderungen nicht zu erfüllen. Zudem haben Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen und Berlin erste Vorgaben zu Mindestbesetzungen im Pflegedienst für einzelne Bereiche der Krankenhäuser in ihre Krankenhausplanung aufgenommen.

Sollte in Deutschland der Weg einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser nach Art der Nurse-to-Patient Ratios verstärkt gegangen werden, bieten die bereits existierenden Regulierungsmodelle vor allem in den USA und Australien eine Fülle von Anregungen und möglichen Vorbildern für die Ausgestaltung eines solchen Regulierungssystems. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass ein Großteil der dortigen Regelungen auf Deutschland übertragbar wäre.

Einleitung

Die vorliegende Studie wurde vor dem Hintergrund der mittlerweile ca. 10 Jahre anhaltenden Diskussion über eine Unterbesetzung im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser und der Forderung nach gesetzlichen Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst erstellt (vgl. hierzu u.a. Simon 2008; 2014; 2015). Bereits zwei Bundesregierungen reagierten auf Protestaktionen, entsprechende öffentliche Diskussionen und Medienberichte mit Maßnahmen zur Verbesserung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Im Rahmen des 2009 beschlossenen Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) wurde ein erstes Programm zur Förderung zusätzlicher Stellen für Pflegefachkräfte in den Jahren 2009 bis 2011 aufgelegt, und Ende 2015 folgte als Teil des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) ein zweites Programm. Zudem wurde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt, eine Expertenkommission einzusetzen, die bis Ende 2017 Vorschläge für eine Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser erarbeiten soll (§ 4 Abs. 10 KHEntgG).

Vor diesem Hintergrund hat die Frage an Bedeutung gewonnen, ob und welche Regulierungen in anderen Staaten existieren. Die Kenntnisse über international bereits vorhandene Regulierungsmodelle sind in Deutschland noch sehr gering. Die Diskussion beschränkte sich bislang zumeist auf die im US-Bundesstaat Kalifornien 2004 eingeführten so genannten „Nurse-to-Patient Ratios“. Kalifornien hat durch staatliches Recht für verschiedene Arten von Stationen und Krankenhausabteilungen Mindestbesetzungen festgelegt, die von allen Akutkrankenhäusern zu jeder Zeit eingehalten werden müssen. Bei den Nurse-to-Patient Ratios handelt es sich um Verhältniszahlen, die angeben wie viele Patienten eine Pflegefachkraft pro Schicht maximal zu betreuen haben darf. Eine Nurse-to-Patient Ratio von 1:4 bedeutet somit, dass eine Pflegefachkraft pro Schicht für nicht mehr als vier Patienten verantwortlich sein darf, oder anders ausgedrückt: Für je vier Patienten ist pro Schicht mindestens eine Pflegefachkraft einzusetzen.

Kaum bekannt ist jedoch, dass die kalifornischen Regulierungen weit mehr umfassen als nur die reinen Verhältniszahlen. Darüber hinaus ist in Deutschland auch weitgehend unbekannt, ob und welche weiteren

US-Bundesstaaten Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erlassen haben. Ebenfalls ist wenig bekannt darüber, ob auch andere Länder ähnliche Regulierungen vorgenommen haben und – wenn ja – wie diese Regulierungssysteme konkret ausgestaltet sind.

Die vorliegende Studie soll zur Erweiterung des Wissensstandes über international anzutreffende Regulierungsmodelle beitragen. Sie konzentriert sich dabei auf Regulierungsmodelle, in deren Mittelpunkt die Vorgabe von Mindestbesetzungen nach Art der Nurse-to-Patient Ratios steht. Ziel der Studie ist nicht, einen umfassenden Überblick über alle weltweit existierenden Arten von Regulierungen der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zu geben. Die Konzentration auf Regulierungsmodelle nach Art der Nurse-to-Patient Ratios erfolgte auf Grundlage der Einschätzung, dass dieses Regulierungsmodell in der internationalen Fachdiskussion als eine Art Referenzmodell behandelt wird und in der Regel im Mittelpunkt des pflegefachlichen und wissenschaftlichen Interesses steht.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden umfangreiche und systematische Literaturrecherchen sowie gezielte Internetrecherchen durchgeführt. Soweit verfügbar, erfolgte die Auswertung relevanter, auf den Internetseiten der jeweiligen zuständigen staatlichen Behörden verfügbarer Dokumente. Die international ausgerichtete Literaturrecherche erfolgte primär über PubMed und diente zur Identifizierung relevanter wissenschaftlicher Publikationen über das Regulierungsmodell der Nurse-to-Patient Ratios und die vorliegenden Erfahrungen mit dessen Umsetzung. Die Internetrecherche baute in der Regel auf den Ergebnissen der Literaturrecherche auf und diente vor allem dazu, relevante weitere Informationen über solche Regulierungsmodelle zu beschaffen, die in der Literatur erwähnt und diskutiert werden.

Ein besonderer Stellenwert kam der Recherche nach einschlägigen Rechtsvorschriften oder – wie im Fall Australiens – der jeweiligen Tarifverträge zu. Die Analyse der Rechtsvorschriften und Tarifverträge folgte der Einschätzung, dass es sich bei den Darstellungen der Regulierungsmodelle in der internationalen Literatur um Sekundärquellen handelt, die mit Vorsicht zu nutzen sind. Fragen nach der konkreten Konstruktion von Regulierungssystemen sind zuverlässig letztlich nur auf Grundlage der Primärliteratur zu beantworten, und das sind die jeweiligen Rechtsvorschriften oder Tarifverträge. Deren Lektüre war sehr ertragreich und erbrachte eine Fülle an Informationen, die in der internationalen Literatur bislang nur sehr unzureichend oder überhaupt nicht zu finden sind.

Ausgangspunkt für die Auswahl der in die vorliegende Studie aufgenommenen Staaten und Regulierungsmodelle waren Hinweise auf die betreffenden Staaten in der internationalen Diskussion. Die nähere Beschäftigung mit den jeweiligen Regulierungssystemen ergab jedoch, dass nicht in allen Staaten, die in der Literatur als Beispiele für Mindestanforderungen nach Art der Nurse-to-Patient Ratios erwähnt werden, auch tatsächlich solche Regulierungen existieren. Die betreffenden Staaten wurden größtenteils dennoch in die Studie aufgenommen, vor allem um anhand der konkreten Regulierungen aufzuzeigen, ob und inwieweit sie dem Regulierungsmodell zugerechnet werden können oder nicht.

Im Falle der in die Studie aufgenommenen asiatischen Staaten stieß die Beschaffung zuverlässiger Primärquellen leider auf im Rahmen der Studie nicht überwindbare sprachliche Barrieren. Mangels Kenntnis der jeweiligen Landessprache kann sich die Darstellung in der Regel nur auf englischsprachige Veröffentlichungen in internationalen Zeitschriften stützen. Sofern das jeweilige Gesundheitsministerium Informationen auf seiner Internetseite auch in Englisch zur Verfügung stellt, wurden diese vorrangig genutzt.

Die Studie ist so aufgebaut, dass zunächst ein Überblick über staatliche Regulierungen in den USA gegeben wird. Daran schließt sich eine Darstellung der Regulierungen in Australien an, und abschließend wird auf Regulierungen in asiatischen und europäischen Staaten eingegangen. Die Studie schließt mit einer ausführlicheren Zusammenfassung und Diskussion.

Für seine sehr hilfreiche Unterstützung bei der Vorbereitung der Studie und in ihrer Anfangsphase danken wir Bernard Braun, der uns wichtige inhaltliche Hinweise gab und sich an gemeinsamen Diskussionen intensiv beteiligte.

Regulierungsmodelle US-amerikanischer Bundesstaaten

Die international wohl meistbeachtete Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erfolgte vor mehr als einem Jahrzehnt im US-Bundesstaat Kalifornien. Nach einer breiten und erfolgreichen Kampagne der Gewerkschaften und Berufsverbände der Pflegeberufe in den 1990er Jahren verabschiedete das kalifornische Parlament 1999 ein Gesetz, mit dem die Einführung von Minimum Nurse-to-Patient Ratios als Mindestanforderungen an die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal beschlossen wurde. Die konkrete Ausgestaltung sollte durch eine Rechtsverordnung erfolgen, mit deren Erarbeitung das kalifornische Gesundheitsministerium beauftragt wurde. Die Nurse-to-Patient Ratio Regulations traten 2004 in Kraft und bilden seitdem einen zentralen Bezugspunkt nicht nur der US-amerikanischen, sondern auch der internationalen Diskussion.

Bis Ende 2015 erließen 13 weitere US-Bundesstaaten staatliche Vorschriften zur Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Die in den USA existierenden Regulierungsmodelle können in drei grundsätzliche Ansätze unterschieden werden (vgl. ANA 2016):

- Das erste Modell sieht die Vorgabe festgelegter Mindestbesetzungen in Form von Nurse-to-Patient Ratios vor. Diesen Weg hat Kalifornien für alle Arten von Organisationseinheiten in Krankenhäusern beschritten, in denen Pflegepersonal eingesetzt wird. Im Bundesstaat Massachusetts existieren durch staatliches Recht vorgegebene Mindestbesetzungen für Intensivstationen, die eine 1:1 oder 1:2 Nurse-to-Patient Ratio verlangen, je nach Pflegebedarf der Patienten.
- Acht US-Bundesstaaten haben alle Krankenhäuser zur Einrichtung von Nurse Staffing Committees verpflichtet. Die Committees sind paritätisch mit Vertretungen des Pflegemanagements und Vertretern der in der unmittelbaren Pflege tätigen Pflegekräfte zu besetzen und erstellen gemeinsam Pläne für die personelle Besetzung aller Stationen und sonstigen Einheiten des jeweiligen Krankenhauses. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung dieses Stellenplans gesetzlich verpflichtet. Entsprechende Regulierungen sind erfolgt in: Connecticut, Illinois,

Nevada, Ohio, Oregon, Texas und Washington. Der Bundesstaat Maine verlangt die Erstellung eines Core Staffing Plan und stellt Anforderungen an die Personalbesetzung, die den Standards der Joint Commission entsprechen.²

- Ein drittes Modell setzt auf die gesetzliche Verpflichtung aller Krankenhäuser zur Offenlegung ihrer tatsächlichen Personalbesetzung entweder gegenüber der Öffentlichkeit oder einer durch Gesetz bestimmten Behörde. Entsprechende Regulierungen sind erfolgt in: New Jersey, New York, Rhode Island und Vermont. Illinois verlangt zusätzlich zur Einrichtung von Nurse Staffing Committees und Erstellung von Staffing Plans die Offenlegung der Personalbesetzung.

Eine USA-weite einheitliche Regulierung existiert bislang nicht. Die American Nurses Association (ANA) fordert zwar seit langem ein nationales Gesetz zur Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser (ANA 2015, 2016), ein entsprechender, im April 2015 von mehreren Abgeordneten in das Repräsentantenhaus eingebrachter Gesetzentwurf für ein „Registered Nurse Safe Staffing Law“ fand allerdings nicht die erforderliche Unterstützung.

Die bestehenden Regulierungen in den USA werden im Folgenden an Beispielen vorgestellt. Als Erstes wird ausführlicher auf das kalifornische Regulierungsmodell eingegangen. Die Regulierung wird zunächst in ihren wichtigsten Bestandteilen vorgestellt und anschließend wird ein Überblick über die wichtigsten Erfahrungen mit der Umsetzung und den Auswirkungen der Vorschriften gegeben. Dem folgt eine kurze Vorstellung der Vorschriften zu Nurse-to-Patient Ratios für Intensivstationen im Bundesstaat Massachusetts.

Anschließend werden die beiden anderen Regulierungsmodelle am Beispiel jeweils eines Bundesstaates vorgestellt, der ein solches Regulierungsmodell anwendet. Das auf Nurse Staffing Committees und Nurse Staffing Plans aufbauende Regulierungsmodell wird am Beispiel des Bundesstaates Oregon erläutert und das sich auf eine Veröffentlichungspflicht beschränkende Modell am Beispiel des Bundesstaates New Jersey.

2 Die Joint Commission ist eine nicht gewinnorientierte private Akkreditierungs- und Zertifizierungsagentur, die als die führende Zertifizierungsagentur der USA gelten kann und deren Standards auch international Anerkennung finden.

Nurse-to-Patient Ratio Regulations: Das Regulierungsmodell des Bundesstaates Kalifornien

Bereits 1975 wurde in Kalifornien eine erste Nurse-to-Patient Ratio von 1:2 für alle Intensivstationen als Mindestbesetzung vorgegeben (CDHS 2003a: 12). Anfang der 1990er Jahre erwog das kalifornische Gesundheitsministerium, auch Vorgaben zur Personalbesetzung der übrigen Bereiche in Akutkrankenhäusern zu erlassen. Darauf wurde jedoch verzichtet. Stattdessen wurden die Krankenhäuser zur Einführung und Anwendung eines Patientenklassifikationssystems (PCS) zur Erhebung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten verpflichtet (ebd.: 1). Mit dem PCS sollte die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung erreicht und den Krankenhäusern zugleich ein Maximum an Flexibilität für den Personaleinsatz gewährt werden. Eine entsprechende Verordnung trat nach mehreren Jahren der Verhandlungen mit Krankenhausvereinigungen und Pflegeorganisation zum 01. Januar 1997 in Kraft.

Diese Maßnahme erwies sich aber als nicht ausreichend. Als Indiz für eine zunehmende Verschlechterung der Versorgungsqualität wertete das kalifornische Gesundheitsministerium, dass die Zahl der eingehenden Beschwerden von Patienten über Versorgungsmängel in Krankenhäusern zwischen 1995 und 2000 um ca. 30% anstieg (CDHS 2003a: 13).

Nach einer mehrere Jahre anhaltenden breiten öffentlichen Kampagne der kalifornischen Pflegegewerkschaften und Berufsverbände verabschiedete das kalifornische Parlament im Oktober 1999 schließlich ein Änderungsgesetz (AB 394)³ zum „Health and Safety Code“ (HSC), dem Gesundheitsgesetzbuch des Staates Kalifornien. Darin wurde das Gesundheitsministerium aufgefordert und ermächtigt, eine Verordnung zu erlassen, in der verbindlich einzuhaltende Mindestbesetzungen in Form von Minimum Nurse-to-Patient Ratios vorgegeben werden.

Die Verordnung wurde in den folgenden Jahren in einem längeren öffentlichen Beratungsprozess entwickelt, an dem nicht nur die Gewerkschaften und Berufsorganisationen der Pflege und Ärzte sowie Vertretungen der kalifornischen Krankenhausträger beteiligt waren, sondern auch einzelne Pflegekräfte. Deren Beteiligung erfolgte vor allem im Rahmen öffentlicher Versammlungen oder über Emails an eine vom Gesundheitsministerium eingerichtete offizielle Emailadresse zu dem Thema (CDHS 2003a: 6ff.).

3 Assembly Bill 394.

Darüber hinaus ließ das Ministerium von Wissenschaftlern der Universität von Kalifornien eine umfassende systematische Recherche zum Stand der Forschung über die Auswirkungen der Personalbesetzung auf die Patientengesundheit durchführen. Zugleich gab es eine Analyse der verfügbaren Krankenhausdaten in Auftrag, um die zum damaligen Zeitpunkt vorhandene Personalbesetzung differenziert nach Versorgungsstufen der Krankenhäuser und Pflegeeinheiten zu erheben. Die Erhebung des Ist-Zustandes verfolgte nicht nur den Zweck, abschätzen zu können, wie viel zusätzliches Personal bei welchen Nurse-to-Patient Ratios benötigt würde und wie hoch die Zusatzkosten sein würden. Es sollte auch eine Datenbasis geschaffen werden, auf der eine spätere unabhängige wissenschaftliche Evaluation der Auswirkungen der Regulierung aufbauen konnte.

Von den beteiligten Fachverbänden und Gewerkschaften wurden mehrere konkrete Vorschläge für einzelne Ratios eingebracht. Auf Grundlage des breiten Diskussionsprozesses erarbeitete das Gesundheitsministerium eine Verordnung, die im Sommer 2003 erlassen wurde und zum 01. Januar 2004 in Kraft trat.

Bereits im Vorfeld der geplanten Verordnung startete die kalifornische Regierung im Rahmen einer „Nurse Workforce Initiative“ Programme für die Ausbildung zusätzlichen Pflegepersonals und stellte dafür bis zu 60 Mio. US-Dollar bereit (CDHS 2003a: 12).

Inhalte der staatlichen Regulierung

Die Regulierung erfolgt im kalifornischen Regulierungssystem primär durch eine Verordnung des Gesundheitsministeriums, dem eine entsprechende gesetzliche Ermächtigung zugrunde liegt.

Das Gesetz (AB 394) enthält die Verpflichtung des Gesundheitsministeriums zum Erlass einer Verordnung, in der Mindestbesetzungen in Form von Nurse-to-Patient Ratios vorgegeben werden. Es gibt zudem die Ziele und Grundsätze sowie eine Reihe von Eckpunkten für die zu erlassende Verordnung vor. Die Notwendigkeit einer staatlichen Regulierung wird im Gesetz insbesondere auch damit begründet, dass die Anwendung von Managed Care Strategien der Krankenversicherungen zu Verschlechterungen in der Personalbesetzung geführt habe und dadurch die Qualität der Patientenversorgung gefährde. Um einen adäquaten Schutz der Patienten sicherzustellen, sei es essentiell, dass qualifiziertes Pflegepersonal in dem Maße in der Patientenversorgung verfügbar ist, wie dies der Pflegebedarf der Patienten erfordert. Einer weiteren Verschlechterung des Qualifikationsmix' wird durch die Vorgabe versucht zu begegnen, dass Hilfskräfte ohne staatliche Lizenz (Zulassung)

keine pflegerischen Tätigkeiten ausführen dürfen, für die sie nicht die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzen. Das Gesetz benennt hierzu auch mehrere solcher nur dem ausgebildeten Pflegepersonal vorbehaltenen Tätigkeiten.

Für die zu erlassende Verordnung legte das Gesetz die folgenden Eckpunkte fest:

- Die Ratios sollen eine Mindestbesetzung mit Registered Nurses (RNs) und Licensed Vocational Nurses (LVNs) festlegen. Sofern der mittels des bereits gesetzlich vorgeschriebenen Patientenklassifikationssystems ermittelte Pflegebedarf der Patienten dies erfordert, ist zusätzliches Personal vorzuhalten.
- Keine RN darf eingesetzt werden, ohne dass sie zuvor die für den betreffenden Bereich notwendigen Kompetenzen nachgewiesen und eine Einweisung in den Bereich erhalten hat. Dies gilt insbesondere auch für Zeitarbeitskräfte.
- Für kleine ländliche Kliniken können Ausnahmeregelungen getroffen werden, sofern dies nicht die Gesundheit der Patienten gefährdet. Landkreiskrankenhäuser (county hospitals) können in Absprache mit dem Gesundheitsministerium die neuen Vorgaben in einem schrittweisen Prozess innerhalb eines Jahres umsetzen.

Die 2004 in Kraft getretenen *Nurse-to-Patient Ratio Regulations* beinhalten nicht nur konkrete Vorgaben zur Mindestbesetzung in einzelnen Pflegeeinheiten der Akutkrankenhäuser, sondern darüber hinaus auch weitere Vorschriften (vgl. CDHS 2003b). Die wichtigsten Inhalte werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Im Mittelpunkt der Verordnung stehen eine Reihe von Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen für verschiedene Arten von Stationen oder Organisationseinheiten (Tabelle 1). Sie geben an, für wie viele Patienten eine ausgebildete Pflegekraft pro Schicht maximal verantwortlich sein darf.⁴ Die geforderte Personalbesetzung ist von „Licensed Nurses“ zu erfüllen. Dazu werden in Kalifornien „Registered Nurses“ (RNs) und „Licensed Vocational Nurses“ (LVNs) gerechnet.⁵ Zur Besetzung mit Pflegepersonal ohne Pflegeausbildung werden keine Vorgaben gemacht, sie kommen nach dem Grundverständnis des Regulierungsmodells additiv zur Besetzung mit ausgebildetem Pflegepersonal hinzu.

4 Auf Englisch: „responsibility for the provision of care“.

5 Die Berufsbezeichnung „Licensed Vocational Nurse“ gibt es in den USA offenbar nur in Kalifornien und Texas, in anderen US-Staaten ist hingegen die Bezeichnung „Licensed Practical Nurse“ üblich. Beide Ausbildungen dauern in der Regel ungefähr ein Jahr.

Die Formulierung ‚verantwortlich sein‘ ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass Registered Nurses in amerikanischen Krankenhäusern in der Regel von Pflegehilfskräften unterstützt werden. Die RNs tragen die Verantwortung für die pflegerische Versorgung einer bestimmten Zahl von Patienten. ‚Versorgt‘ oder ‚gepflegt‘ werden die Patienten gemeinsam von RNs und von Pflegehilfskräften, die von RNs angeleitet und überwacht werden.

Tabelle 1: Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen des US-Bundesstaates Kalifornien

Art der Einheit	2004	2008
Intensivstationen ¹	1:2	unverändert
OP (pro Saal)	1:1	unverändert
Geburtshilfe		
Versorgung Schwangerer: nach Einsetzen der Wehen	1:2	unverändert
Versorgung Schwangerer: vor Einsetzen der Wehen	1:4	unverändert
Versorgung nach der Geburt: Mutter-Kind-Einheiten	1:4	unverändert
Versorgung nach der Geburt: nur Mütter	1:6	unverändert
Kombinierte Einheit für vor- und nachgeburtliche Versorgung	1:3	unverändert
Pädiatrie	1:4 ²	unverändert
Aufwachraum	1:2	unverändert
Notfallaufnahme	1:4	unverändert
Schwerkranke	1:2	unverändert
Schwerunfallverletzte	1:1	unverändert
Intermediate Care Einheit	1:4	1:3
Intensivüberwachung	1:5	1:4
Normalstationen ohne Fachgebietszuordnung ³	1:6	1:5 ⁴
Normalstationen mit Fachgebietszuordnung	1:5	1:4
Psychiatrie	1:6	unverändert

- 1) Intensivstationen einschließlich Verbrennungszentren und neonatologischen Intensivstationen
- 2) mindestens eine davon muss über eine Triage-Ausbildung verfügen
- 3) Gemischte Stationen (medizinisch/chirurgisch) für Patienten mit geringerem Pflegebedarf
- 4) Neufassung ab 2005.

Hinweis: Bereits vor Inkrafttreten der Regulierung war geplant, die Verhältniszahlen für bestimmte Bereiche in den Jahren 2005 beziehungsweise 2008 anzuheben, um die Personalausstattung dieser Bereiche zu verbessern (CDHS 2003a: 3).

Quelle: CDHS, California Department of Health Services (2003b).

Qualifikationsniveaus der Pflegekräfte in den USA (RN/ LVN)

Die Ausbildung zur RN dauert in der Regel drei Jahre und erfolgt entweder in einer der deutschen Krankenpflege- beziehungsweise Kinderkrankenpflegeausbildung vergleichbaren Ausbildung (diploma) oder im Rahmen eines Bachelorstudiums. Die Ausbildung zur LVN dauert in der Regel ungefähr ein Jahr. Teilweise werden auch zweijährige LVN-Ausbildungen angeboten, in denen zusätzlich allgemeine Inhalte wie Englisch, Mathematik etc. unterrichtet werden. Das Qualifikationsniveau der LVN dürfte mindestens der einjährigen Pflegehilfesausbildung oder zweijährigen Ausbildung zur Pflegeassistentin entsprechen. LVNs arbeiten unter der Anleitung und Supervision einer RN (zur ausführlicheren Beschreibung des Ausbildungs- und Qualifizierungssystems vgl. die Ausführungen zum amerikanischen Gesundheitssystem im Anhang).

Für die Einhaltung der Nurse-to-Patient Ratios gelten folgende Vorschriften:

- Die Vorgabe ist ‚jederzeit‘, also jeden Tag und in jeder Schicht einzuhalten. Eine Berechnung von Durchschnittswerten wie beispielsweise die Verrechnung mit der Gesamtzahl aller Pflegekräfte des Krankenhauses oder mit anderen Zeitperioden ist ausdrücklich verboten. Dies wurde damit begründet, dass ansonsten nicht verhindert werden könne, dass es zu einer in hohem Maße ungleichen Verteilung des Personals kommt und beispielsweise auf einer 24-Betten-Station im Durchschnitt zwar die Vorgaben eingehalten werden, in der Nachtschicht aber nur eine Pflegekraft für alle 24 Patienten der Station zur Verfügung steht (CDHS 2003a: 21). Etwas Derartiges würde der Intention der Regulierung zuwiderlaufen und die Sicherheit der Patienten gefährden.
- Eine Ratio von 1:2 bedeutet somit, dass für jeweils zwei Patienten jederzeit eine ausgebildete Pflegekraft auf Station verfügbar sein muss.
- Es dürfen nur Pflegekräfte auf die Erfüllung der Vorgaben angerechnet werden, die unmittelbar in der Pflege von Patienten tätig sind. Leitungskräfte dürfen nur dann angerechnet werden, wenn sie in der direkten Pflege tätig sind. Sofern sie über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, dürfen sie jedoch ausgebildete Pflegekräfte im Falle von Arbeitspausen oder anderen kurzfristigen Arbeitsabwesenheiten vertreten.
- Der Anteil der Licensed Vocational Nurses darf höchstens 50% der Licensed Nurses erreichen. Erfordert das Pflegeklassifikationssystem für die betreffende Versorgungseinheit den ausschließlichen Einsatz von Registered Nurses, ist die Ratio vollständig durch RNs zu erfüllen.

- Auf Intensivstationen für Neugeborene sind nur Registered Nurses auf die Ratio anrechenbar, ebenso für die Erstversorgung in Notfallaufnahmen und die Versorgung von Schwerunfallverletzten.

Die Nurse-to-Patient Ratios sind eingebettet in ein System weiterer Regulierungen. Die Krankenhäuser sind über die Einhaltung der Mindestbesetzung hinaus verpflichtet:

- den individuellen Pflegebedarf jedes einzelnen Patienten mittels eines Patientenklassifikationssystems zu erheben
- zusätzliches Personal vorzuhalten, sofern der tatsächliche Pflegebedarf der Patienten einer Station durch die vorgegebene Mindestbesetzung nicht gedeckt wird
- für jede Versorgungseinheit einen Personaleinsatzplan für jeden Tag und jede Schicht zu erstellen und
- die tatsächliche Personalbesetzung für jeden Tag und jede Schicht zu dokumentieren.

Wie eingangs erwähnt, wurden die Krankenhäuser bereits 1997 verpflichtet, ein Patientenklassifikationssystem (PCS) anzuwenden. Die 1997 festgelegten Anforderungen gelten nach Einführung der Nurse-to-Patient Ratios weiterhin (CCR § 70053.2):⁶

- Das PCS muss für jeden Tag und jede Schicht den individuellen Pflegebedarf jedes einzelnen Patienten messen sowie weitere zu beachtende Faktoren wie den Krankheitsschweregrad, den Einsatz spezieller Technologien etc. berücksichtigen.
- Die Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten hat durch eine RN zu erfolgen.
- Auf Grundlage des ermittelten Pflegebedarfs ist für jede Einheit und jeden Tag und jede Schicht ein Dienstplan zu erstellen.
- Der ermittelte Pflegebedarf und die tatsächliche Personalbesetzung sind zu dokumentieren, und die Dokumentation ist bis zur nächsten Überprüfung im Rahmen des für alle zugelassenen Krankenhäuser regelmäßig durchzuführenden Lizenzierungsverfahrens aufzubewahren.⁷
- Das Patientenklassifikationssystem ist jährlich durch ein von der Leitung des Pflegedienstes eingesetztes Komitee daraufhin zu überprü-

6 CCR: California Code of Regulations, die amtliche Sammlung aller Rechtsvorschriften des Staates Kalifornien.

7 Akutkrankenhäuser in Kalifornien müssen alle drei Jahre an einem vorgegebenen Akkreditierungs- und Lizenzierungsverfahren (Consolidated Accreditation and Licensing Survey, CALS) teilnehmen, in dessen Rahmen auch die Einhaltung der Personalvorgaben überprüft wird.

fen, ob es einer Überarbeitung bedarf. Das Komitee hat mindestens zur Hälfte aus Pflegefachkräften zu bestehen, die in der direkten Pflege tätig sind. Stellt das Komitee fest, dass eine Überarbeitung des Systems notwendig ist, so ist die Überarbeitung innerhalb von 30 Tagen vorzunehmen.

- Das Krankenhaus hat ein Verfahren einzurichten, das es allen interessierten Beschäftigten der Klinik ermöglicht, Vorschläge für Überarbeitungen des Patientenklassifikationssystems einzubringen.

Das kalifornische Gesundheitsministerium wies bei der Einführung der Nurse-to-Patient Ratios ausdrücklich darauf hin, dass die Vorgaben zur Anwendung des Patientenklassifikationssystems keineswegs außer Kraft gesetzt werden. Die Ratios würden nur eine Untergrenze definieren, die nicht unterschritten werden darf (CDHS 2003a: 3).

Die Verordnung enthält keine eigenen Vorschriften zur Überprüfung und Durchsetzung der Einhaltung der Vorgaben. Das Gesundheitsministerium kündigte jedoch an, die Einhaltung zu beobachten und geeignete Maßnahmen im Falle von Verstößen gegen die Vorschriften zu ergreifen (CDHS 2004: 2):

- Zunächst einmal seien alle Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, somit auch Krankenhäuser, nach § 70737 CCR gesetzlich verpflichtet, alle Ereignisse, die die Gesundheit von Patienten gefährden können, umgehend zu melden. Nach Auffassung des Ministeriums ergibt sich aus dieser Vorschrift auch die Verpflichtung zur Meldung der Nichteinhaltung vorgegebener Mindestbesetzungen.
- Eingehende Beschwerden über die Nichteinhaltung von Ratios würden vom Ministerium untersucht, bei schwerwiegenden Verstößen innerhalb von 48 Stunden.
- Im Rahmen des alle drei Jahre für die zugelassenen Krankenhäuser durchzuführenden verbindlichen „Consolidated Accreditation and Licensing Survey (CALs)“ sollte auch eine Überprüfung der Einhaltung der Mindestbesetzungen auf Grundlage der vom Krankenhaus vorzuhaltenden Dokumentationen erfolgen (CDHS 2003a: 3).⁸
- Zwar seien keine Strafen oder Geldbußen bei Verstößen vorgesehen, im Falle schwerwiegender Verletzungen der Rechtsvorschriften könne das Ministerium allerdings eine Reduzierung der Patientenzahlen oder die vorübergehende Schließung einer Organisationseinheit anordnen, solange bis zusätzliches Personal gewonnen ist.

⁸ In Kalifornien darf kein Krankenhaus betrieben werden, das über nicht über eine vom Gesundheitsministerium erteilte Lizenz verfügt (§ 70103 CCR).

Erfahrung mit der Umsetzung

Seit Einführung der Nurse-to-Patient Ratio Regulations in Kalifornien sind mehr als 12 Jahre vergangen und es liegen mittlerweile zahlreiche Studien zu den Auswirkungen der Regulierung vor. Das kalifornische Modell dürfte wohl das am ausführlichsten evaluierte und erforschte Modell einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sein. Dazu trug sicherlich auch bei, dass die Einführung der Regulierung sehr kontrovers diskutiert wurde, insbesondere zwischen den Gewerkschaften und Berufsorganisationen der Pflege auf der einen Seite und den Verbänden der Krankenhausträger auf der anderen Seite. Während die Befürworter der Regulierung davon ausgingen, dass die Regulierung positive Auswirkungen haben wird, erwarteten die Gegner der Regulierung zahlreiche Probleme und Verschlechterungen in der Krankenhausversorgung.

Die Befürworter der Verhältniszahlen argumentierten, dass die Regulierung durch eine Verringerung der Arbeitsbelastung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu einer Verbesserung der Patientensicherheit und Erhöhung der Versorgungsqualität beitragen werde. Dies würde auch zu einer verbesserten Personalgewinnung und Personalbindung führen, wodurch wiederum ein bestehender Fachkräftemangel reduziert werden könnte.

Kritiker der Regulierung erwarteten hingegen einen starken Anstieg der Gesamtkosten der Krankenhausversorgung. Hierzu würde nicht nur die Erhöhung der Anzahl an Pflegekräften beitragen, sondern auch eine infolge der wachsenden Nachfrage zu erwartende Steigerung der Gehälter für Pflegekräfte. Zudem sei allein die Erhöhung der Zahl des Pflegepersonals keine Garantie für Qualitätsverbesserungen. Angesichts des Mangels an Pflegefachkräften bei Einführung der Regulierung, sei mit einer Reduzierung von Krankenhausleistungen, längeren Wartezeiten für Patienten in Notaufnahmen sowie vermehrten Verlegungen in andere Kliniken zu rechnen (vgl. u.a. Huston 2013; Munnich 2013; NNU 2012; Douglas 2010).

Vor diesem Hintergrund war es von breitem Interesse in Erfahrung zu bringen, ob und welche der unterschiedlichen Erwartungen tatsächlich eintreffen würden. Es wurden in den Jahren nach Einführung der Nurse-to-Patient Ratios zahlreiche empirische Untersuchungen durchgeführt. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studien werden im Folgenden in einem kurzen Überblick vorgestellt.

Publikationen, die sich explizit auf den Zusammenhang der Umsetzung der Nurse-to-Patient Ratio Regulations in Kalifornien und deren Auswirkungen auf bestimmte patientenbezogene Ergebnisse fokussie-

ren, kommen zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen. Einige empirische Studien kommen zu dem Schluss, dass die geringeren Verhältniszahlen in Kalifornien mit einer signifikant niedrigeren Mortalität verbunden seien (u.a. Hickey et al. 2011; Aiken et al. 2010a). So gehe ein besseres Arbeitsumfeld und die verringerte Nurse-to-Patient Ratio auf kalifornischen Normalstationen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Patienten einher, einen Herzstillstand zu überleben (vgl. McHugh et al. 2016). Zudem würden die geringeren Nurse-to-Patient Ratios zu einer Verkürzung der Verweildauer von Krankenhauspatienten führen (vgl. Spetz et al. 2013) und zusammen mit einer Verbesserung der Arbeitsumgebung eine effektive Intervention zur Vermeidung von Wiederaufnahmen darstellen (vgl. McHugh et al. 2013).

In einzelnen empirischen Untersuchungen werden die Auswirkungen der Verhältniszahlen dagegen nur als marginal bewertet (Cook et al. 2012; Burnes Bolten et al. 2007; Donaldson et al. 2005). In Bezug auf zwei Indikatoren für die Qualität der Patientenversorgung – die Inzidenz von Patientenstürzen und die Prävalenz von Dekubiti – zeige sich keine signifikante Veränderung (Burnes Bolten et al. 2007; Donaldson et al. 2005).

In anderen Studien wird festgestellt, dass es einige Verbesserungen nach Umsetzung der Verhältniszahlen in Kalifornien gegeben habe, die positiven Wirkungen aber nicht so signifikant und flächendeckend seien, wie vorhergesagt (Serratt et al. 2013; Spetz et al. 2013; Donaldson/Shapiro 2010). Eine verringerte Nurse-to-Patient Ratio pro Patiententag habe demnach eine – wenn auch nur geringe – Auswirkung auf unerwünschte Ereignisse in kalifornischen Krankenhäusern. In einer Studie wird als Ursache hierfür die Auswirkung des gestiegenen Casemix-Index (CMI)⁹ diskutiert: Weil die Schwere der Erkrankungen von Patienten zugenommen habe, könnten unerwünschte Ergebnisse trotz besserer Verhältniszahlen eingetreten sein, die nicht zu verhindern waren. Es wird vorsichtig darauf hingewiesen, dass tatsächlich ein Einfluss der verringerten Nurse-to-Patient Ratios auf die Verhinderung un-

9 Der Casemix-Index (CMI) ist eine Kennzahl, die Auskunft lediglich über den durchschnittlichen *ökonomischen Fallschweregrad* der innerhalb eines bestimmten Zeitraums behandelten Fälle in einem Krankenhaus gibt. Er wird auf Grundlage der relativen Kostengewichte aller Bewertungsrelationen errechnet und lässt von daher keinen zuverlässigen Rückschluss auf den medizinischen Schweregrad oder den Pflegeaufwand zu. Beispielsweise erhöht ein sehr teures Implantat zwar das Kostengewicht, der Patient muss deshalb aber nicht zwingend auch eine besonders schwere Erkrankung haben. Insofern kann nicht von einem gestiegenen CMI auf einen gestiegenen medizinischen Schweregrad geschlossen werden, wie dies in einigen Studien der Fall war.

erwünschter Ereignisse bei einem erhöhten Patientenrisiko nahelege (vgl. Donaldson/Shapiro 2010).

Die Widersprüchlichkeit der Ergebnisse empirischer Studien ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass es zu diesem Thema insgesamt schwierig ist, wirklich belastbare Daten zu gewinnen. Rückblickende Analysen vorhandener Krankenhausdaten stehen grundsätzlich vor dem Problem, dass sie nicht für alle möglicherweise relevanten Einflussfaktoren verfügbar sind. Können relevante Einflussfaktoren mangels verfügbarer Daten nicht oder nur teilweise in die statistischen Analysen einbezogen werden, kann dies dazu führen, dass tatsächlich bestehende Zusammenhänge nicht erkennbar werden oder es sich bei den in den Daten erscheinenden Zusammenhängen nur um statistische Artefakte handelt. Insofern erfordert eine sachgerechte Bewertung der Ergebnisse solcher empirischen Studien eine eingehende Analyse und Bewertung der jeweiligen Methodik, die im Rahmen dieser Studie nicht erfolgen kann. Die kalifornischen Studien standen darüber hinaus vor dem Problem, dass die Vorgaben zur Personalbesetzung von einem relevanten Teil der Krankenhäuser nicht durchgängig eingehalten wurden. Insgesamt sind die vorliegenden empirischen Studien über die kalifornischen Erfahrungen somit mit großer Vorsicht zu interpretieren.

Die oben angesprochenen Verstöße gegen die Einhaltung der Nurse-to-Patient Ratio Regulations werden im Rahmen von Untersuchungen des California Department of Health Services (CDHS) beziehungsweise des County Medical Centers nach eingegangenen Beschwerden („Complaint investigations“) oder im Rahmen von periodischen Audits dokumentiert und für die Allgemeinheit, u.a. auf der Homepage des California Department of Public Health (CDPH) sowie auf den Internetseiten der betreffenden Krankenhäuser, zugänglich gemacht. Auch die California Nurses Association (CNA) veröffentlicht gravierende Fälle von Nichteinhaltung der Verhältniszahlen.

Buchan (2005) kritisiert für die erste Zeit nach Inkrafttreten des Regulierungssystems der Nurse-to-Patient Ratios, dass die Strafen für Ver-

stöße zu gering seien und dass „Critical Access Hospitals (CAHs)“¹⁰ von der Pflicht zur Einhaltung der Verhältniszahlen ausgenommen werden:

„Currently, there is a relatively low fine for hospitals that do not comply with the ratios, at US\$50 per patient per day. Some small rural hospitals can be granted waivers of exemption from the law.“ (Buchan 2005: 242)

Tatsächlich existieren derzeit keine Geldstrafen oder sonstige Sanktionen für einen Verstoß gegen die Nurse-to-Patient Ratios selbst. Allerdings können US-Krankenhäuser seit dem Jahr 2007 mit wenigstens 25.000 US-Dollar für Verletzungen der Personalvorschriften bestraft werden, wenn diese zu schweren Verletzungen oder gar zum Tod von Patienten führen (können). So wurden am 25. Oktober 2007 die ersten Strafen vom CDPH unter neuer Ermächtigung des Health and Safety Code (§1.280.1 HSC) ausgesprochen, u.a. weil ein Krankenhaus die Verfügbarkeit von kompetenten und geeigneten Pflegepersonal zur Sicherstellung einer adäquaten Patientenversorgung nicht nachweisen konnte (vgl. Jofre 2008). Zwar gibt es keine gesetzliche oder untergesetzliche Regelung, die dem CDHS den Entzug der Lizenz eines Krankenhauses als Sanktionsmittel allein für dokumentierte Verstöße gegen die Nurse-to-Patient Ratios erlaubt, es kann aber die Anzahl von zu behandelnden Patienten reduzieren oder Betten schließen. Hierzu muss das CDHS zu dem Schluss kommen, dass die Verletzungen der Vorschriften so stark sind, dass sie eine unmittelbare und wesentliche Gefahr für die Gesundheit oder die Sicherheit von Patienten darstellen (vgl. §1280 HSC und §70101 CCR).

In diesem Zusammenhang sei auf die kalifornischen Rechtsvorschriften zum Whistleblower-Schutz im Health and Safety Code (§1278.5 HSC) hingewiesen. Aufgrund dieses Whistleblower-Schutzes ist es jeder Pflegekraft möglich, Gefahren für die unmittelbare Sicherheit der Patienten und/oder eingetretene unerwünschte Ereignisse – auch aufgrund von zu niedrigen Verhältniszahlen – beim California Department of Health Services anzuzeigen, ohne mit negativen (z.B. arbeitsrechtlichen)

10 Das von Medicare finanzierte „Ländliche Krankenhäuser Flexibilitäts-Programm (Flex-Programm)“ wurde im Jahr 1997 durch den US-Kongress geschaffen. Es erlaubt kleinen Krankenhäusern, als „Critical Access Hospitals (CAHs)“ lizenziert zu werden. CAHs erhalten Zuschüsse und dürfen mit einigen Ausnahmen von gesetzlichen Regelungen – in Kalifornien beispielsweise von den Nurse-to-Patient Ratios – betrieben werden. Damit soll die ländliche Gesundheitsinfrastruktur gestärkt und eine 24-Stunden-Notfallversorgung auch auf dem Land sichergestellt werden. Im Einklang mit ihren ländlichen Gesundheitsversorgungsplänen können die US-Staaten Krankenhäusern mit maximal 25 Betten in ländlichen Gebieten eine CAH-Lizenz ausstellen (vgl. Gale et al. 2012: 1).

Konsequenzen rechnen zu müssen. Durch die Veröffentlichungspflicht der dann erfolgenden Untersuchungsergebnisse, besteht damit zumindest die Gefahr eines Imageschadens für ein Krankenhaus. Darüber hinaus müssen Krankenhäuser bei Nicht-Einhaltung der Verhältniszahlen mit Zivilklagen rechnen. Kalifornische Krankenhäuser haben damit einen ‚finanziellen Anreiz‘ den Vorschriften zu entsprechen, wollen sie nicht im Falle medizinischer Kunstfehler ein Gerichtsverfahren aufgrund der Nichteinhaltung von Nurse-to-Patient Ratios riskieren (vgl. Bessette 2006).

Die düsterste Prognose für Krankenhäuser in Kalifornien war, dass viele mit Einführung der obligatorischen Verhältniszahlen schließen müssen – dies hat sich nicht bestätigt. Bis heute hat lediglich ein Krankenhaus – das Santa Teresita Hospital in Duarte (Los Angeles County) – die Schließung seiner noch bestehenden 30 Akutbetten im Januar 2004 mit der kalifornischen Gesetzgebung zu den Verhältniszahlen begründet (vgl. Garner 2011a, 2011b). Das Krankenhaus war jedoch schon länger in wirtschaftlichen Schwierigkeiten und musste bereits 2003 seine Säuglingsstation schließen (vgl. Herr 2009).

Die Daten der Krankenhauskosten-Berichte von Medicare und Medicaid weisen zusammen mit den Daten der California Hospital Association insgesamt 15 Krankenhäuser aus, die nach Einführung der Nurse-to-Patient Ratios bis zum Jahr 2008 geschlossen wurden und weitere 10, bei denen sich die Besitzverhältnisse geändert haben (vgl. Munnich 2013). Nach aktuellen Zahlen der Krankenhausstatistik hat die Anzahl der allgemeinen Akutkliniken zwischen 2004 und 2013 insgesamt um vier Prozent abgenommen, während die Zahl der Betten im Wesentlichen konstant blieb (California Health Care Foundation 2015). Die Frage des Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs muss dabei differenziert betrachtet werden. Zur Schließung von Betten oder Krankenhäusern führten verschiedene Faktoren, u.a.:

- die Änderung des kalifornischen Gesetzes zur Erdbebensicherheit (SB 1953), das bis 2008 zu Schließungen von nicht-erdbebensicheren Krankenhäusern geführt hat (vgl. Chang/Jacobsen 2012)
- die Änderungen in der Finanzierung von Medicaid in Bezug auf „Skilled Nursing Beds¹¹“, was den Abbau solcher Betten in Krankenhäusern zur Folge hatte (vgl. Gale et al. 2012)

11 Skilled nursing = Nicht-akute medizinische und qualifizierte Pflegeleistungen, Therapien und soziale Dienste unter der Aufsicht einer lizenzierten Pflegekraft auf einer 24-Stunden-Basis (vgl. Gale et al. 2012: 16).

- eine veränderte Patientenkielentel durch Steigerung des CMI und damit Verlagerung von Betten in den Akutbereich (California Health Care Foundation 2015) und
- die Novellierung des „Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)“¹² im Jahr 1997, wovon kalifornische Krankenhäuser aufgrund der hohen Anzahl Nicht-Versicherter besonders betroffen waren (vgl. Munnich 2013).

Die Umsetzung der obligatorischen Verhältniszahlen kann also nicht vereinfacht als Ursache für die Schließung von Krankenhäusern oder Krankenhausbetten herangezogen werden. Allerdings könnte der erhöhte Personalbedarf zur Verschärfung ohnehin bestehender finanzieller Notlagen einiger Krankenhäuser beigetragen haben (vgl. Munnich 2013).

Insgesamt hat sich aber offenbar der finanzielle Druck auf kalifornische Krankenhäuser nach Einführung der Nurse-to-Patient Ratios erhöht (vgl. Serratt 2013b; Reiter et al. 2012). Im Rahmen einer Studie wurden die Finanzkennzahlen von 203 Allgemeinkrankenhäusern Kaliforniens für die Jahre 2000 bis 2006 mit 407 vergleichbaren Krankenhäusern in 12 weiteren Staaten verglichen, in denen es in diesem Zeitraum keine staatliche Regulierung der Pflegepersonalbesetzung gab (Reiter et al. 2012). Dabei wurde festgestellt, dass es im Vergleich eine signifikante Senkung der operativen Margen für viele Kalifornische Krankenhäuser gegeben habe. Die Betriebskosten seien durch gestiegene Personalkosten deutlich angewachsen. Die Kostenbelastung sei insbesondere für öffentliche, nicht-profitorientierte Krankenhäuser eine Herausforderung. Ein Grund hierfür sei, dass in Kalifornien in der Gegenüberstellung mit den Vergleichsstaaten deutlich weniger Pfl egetage (Berechnungs-/Belegungstage) von Medicare abgedeckt würden. Eine hohe Anzahl Pfl egetage würde durch Medicaid beglichen. Darüber hinaus gebe es in Kalifornien eine vergleichsweise hohe Anzahl an nicht-versicherten Patienten. Hierdurch hätten kalifornische Krankenhäuser

12 EMTALA gilt für solche Krankenhäuser, die Medicare- oder Medicaid-Patienten behandeln und eine dementsprechende Lizenz besitzen. Da Medicare und Medicaid nahezu die Hälfte aller im amerikanischen Gesundheitssystem anfallenden medizinischen Leistungen bezahlen, gilt EMTALA praktisch in nahezu jedem Krankenhaus (vgl. AHA 2016a). Krankenhäuser müssen hiernach jeden Patienten akzeptieren, der als Notfall eingeliefert wird, auch wenn dieser keinen Versicherungsschutz besitzt und die Behandlung nicht bezahlen kann. Die Kosten für diese Behandlungen übernimmt der Staat nicht. In Teilen der USA, wie auch in Kalifornien, bieten einige ausgewiesene „Safety-Net“-Krankenhäuser und Kliniken freie oder kostenreduzierte Versorgung für Nicht-Versicherte an (vgl. Stoltzfus Jost 2008).

eine ohnehin schlechtere Erlössituation. Zudem gebe es in Kalifornien etwas weniger staatliche Zuschüsse für Krankenhäuser. Unter diesen Bedingungen hätten die zwingend einzuhaltenden höheren Anforderungen an die Personalbesetzung im Pflegedienst in einigen Krankenhäusern nur durch die Umverteilung von Budgetanteilen anderer Bereiche zum Pflegedienst erfüllt werden können (Reiter et al. 2012: 9ff.).

Eine andere empirische Untersuchung kommt jedoch zu dem Ergebnis, dass die Umsetzung des Regulierungssystems der Nurse-to-Patient Ratios keine signifikanten Auswirkungen auf die Finanzsituation der kalifornischen Krankenhäuser insgesamt gehabt habe. Zwar seien die Gesamtmargen zwischen 1999 und 2007 zurückgegangen, es gebe aber keine eindeutige Beziehung zwischen diesem Rückgang und der Einführung von Verhältniszahlen (vgl. Spetz et al. 2009).

Insgesamt stellt sich die wirtschaftliche Situation kalifornischer Krankenhäuser heute deutlich besser dar, als noch im Jahr 2004 – dem Jahr des Inkrafttretens des Regulierungssystems. Im Jahr 2013 verzeichneten 66% der Kliniken ein positives Gesamtergebnis – im Vergleich mit 59% im Jahr 2004. In ähnlicher Weise verzeichnete ein größerer Anteil an Krankenhäuser auch höhere operative Margen (California Health Care Foundation 2015).

Eine Studie zu den Kosten der Verhältniszahlen kommt zu dem Schluss, dass die Einstellung von mehr Registered Nurses (RNs), wie sie unter der kalifornischen Gesetzgebung zu erwarten ist, langfristig keine unangemessenen finanziellen Belastungen für die meisten städtischen Krankenhäuser bedeute (vgl. Keeler/Cramer 2007).

Interessante Einsichten in die innerbetrieblichen Strategien bei der Umsetzung der Verhältniszahlen, erbrachte eine Studie, in deren Rahmen Mitarbeiter der Verwaltung und Führungskräfte kalifornischer Krankenhäuser zu ihren Erfahrungen mit dem Regulierungssystem der Nurse-to-Patient Ratios befragt wurden (Chapman et al. 2009; Spetz et al. 2009). Demnach wurde insbesondere Hilfspersonal entlassen und es wurden Patienten länger in Notfallabteilungen gehalten, um die Verhältniszahlen auf den Stationen zu erfüllen.

Inbesondere die Forderung nach Einhaltung der Nurse-to-Patient Ratios ‚zu jeder Zeit‘ stellt die Führungskräfte offenbar vor Herausforderungen. So müssen selbst kurze Unterbrechungen, wie etwa Pausen, durch zusätzliche RNs abgedeckt werden. Hierfür würden u.a. mehr Zeitarbeitskräfte rekrutiert. Solche kurzen Einsätze würden erhöhte Übergabe- beziehungsweise Kommunikationsanforderungen nach sich ziehen und seien mit einem erhöhten Fehlerrisiko verbunden (vgl. Chapman et al. 2009; Spetz et al. 2009). Aiken (2010b) kommt diesbezüglich aber zu dem Schluss, dass, selbst wenn mehr Zeitarbeitskräfte

eingesetzt worden seien, es keine negativen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung gegeben habe.

Während die meisten Führungskräfte Verhältniszahlen ablehnten, berichten einige aber auch davon, jetzt eine bessere Position in Budgetverhandlungen zu haben und deshalb Anhänger der Verhältniszahlen zu sein (vgl. Douglas 2010).

Die Wartezeit in Notaufnahmen wird in verschiedenen Publikationen thematisiert (u.a. Tevington 2011; Weichenthal/Hendey 2011; Chan et al. 2010; Chapman et al. 2009; Spetz et al. 2009). So habe sich die Wartezeit in der Notaufnahme eines städtischen Krankenhauses nach Einführung der Nurse-to-Patient Ratios teilweise erheblich erhöht (vgl. Weichenthal/Hendey 2011). Allerdings kommt eine andere Untersuchung zu dem Schluss, dass die Wartezeiten kürzer waren, wenn auch in den Notaufnahmen die Verhältniszahlen eingehalten wurden (vgl. Chan et al. 2010).

Offenbar reagierte ein Teil der Krankenhäuser, wie oben angesprochen, auf die Einführung des Regulierungssystems der Nurse-to-Patient Ratios mit Einsparungen beim Assistenz- und Hilfspersonal im Pflegedienst (vgl. u.a. Tevington 2011; Chapman 2009). Diese nicht intendierte Folge der Nurse-to-Patient Ratios konnte deshalb eintreten, da dieser Bereich nicht reguliert war. Die Gewerkschaften reagierten mit einer öffentlichen Kampagne und kritisierten diese Strategie der Krankenhäuser. Die Kampagne bewirkte, dass Krankenhäuser auf weitere Einsparungen beim Hilfspersonal verzichteten (vgl. NNU 2012). Eine in der Folgezeit durchgeführte Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass die Reduzierung von Hilfspersonal und anderen nicht-pflegerischen Mitarbeitern in den Folgejahren deutlich reduziert wurde (vgl. Serratt et al. 2011). Auch zur befürchteten Verschlechterung im Qualifikationsmix sei es nicht gekommen (vgl. McHugh et al. 2011; 2012; Serratt et al. 2011).

Eine Analyse der jährlichen Finanzdaten Kalifornischer Krankenhäuser und nationaler Datensätze ergab, dass Kaliforniens Krankenhäuser auch von einer hohen Verfügbarkeit arbeitssuchender Pflegefachkräfte profitierten (Munnich 2013). Die Anzahl an RNs hat sich in den Krankenhäusern nach Einführung der Nurse-to-Patient Ratios erheblich erhöht, trotz dessen gab es kaum Auswirkungen auf die Zahl der Beschäftigten insgesamt. Dass sich die Nettobeschäftigtenzahl der RNs in Kalifornien kaum verändert hat, wird auf den Rückgang der Gesamtanzahl an Krankenhäusern zurückgeführt. Aufgrund von Krankenhausschließungen und hierdurch freigesetzten RNs hätten Krankenhäuser die durch die Regulierung der Nurse-to-Patient Ratios induzierte Personallücke füllen können (vgl. ebd.).

Zum anderen beeinflusst die Flexibilität bei der Formulierung von Tätigkeitsbeschreibungen für vorhandene Mitarbeiter im Pflegedienst die Einhaltung der Verhältniszahlen in der direkten Patientenversorgung. Neben der Erbringung direkter Pflegeleistungen haben RNs in Krankenhäusern auch Verwaltungs- und Management-Aufgaben zu erfüllen. Das kalifornische Regulierungsmodell sieht vor, dass lizenzierte Pflegekräfte, die nicht in der direkten Patientenversorgung eingesetzt sind, nicht in die Berechnungen der Verhältniszahlen einbezogen werden dürfen. Allerdings können Verwaltungskräfte mit Pflegeausbildung und Pflegemanager Registered Nurses (RNs) und Licensed Vocational Nurses (LVNs) während ihrer Pausen, Mahlzeiten und anderen Abwesenheiten von der Station unter bestimmten Voraussetzungen vertreten.

Angemerkt wird auch, dass Krankenhäuser den Personalbestand gesteigert haben könnten, ohne mehr Pflegefachkräfte zu beschäftigen oder deren Arbeitszeit zu erhöhen, indem sie die Tätigkeiten dieser Pflegekräfte verlagerten oder um-etikettierten. Um dies zu analysieren, wurden die Auswirkung der Nurse-to-Patient Ratio Regulations auf die Mitarbeiter im Management einschließlich Verwaltungsmitarbeiter, Direktoren und Vorgesetzte betrachtet. Die Ergebnisse zeigen u.a., dass das Verhältnis von Manager zu Patient nach dem Gesetz gesunken ist. Die Analyse wird dahingehend interpretiert, dass Krankenhäuser als Reaktion auf die Personalvorschriften Pflegefachkräfte aus Managementpositionen in die direkte Patientenversorgung versetzt oder ihre Tätigkeitsbeschreibung entsprechend verändert haben könnten (vgl. Munnich 2013).

In zahlreichen Publikationen wird ungeachtet dessen ein Anstieg der Zahl der lizenzierten Pflegekräfte, d.h. von RNs und LVNs, nach Inkrafttreten der Gesetzgebung zu den Verhältniszahlen berichtet (u.a. California Health Care Foundation 2015; Munnich 2013; Mark et al. 2013; McHugh et al. 2012; Serratt et al. 2011; Aiken 2010a; Conway et al. 2008; Burnes Bolten et al. 2007). Zwischen 2004 und 2013 verzeichnet die Krankenhausstatistik eine Steigerung der Zahl der lizenzierten Pflegekräfte um 28% (California Health Care Foundation 2015). Die durchschnittliche Nurse-to-Patient Ratio hat sich in kalifornischen Krankenhäusern nach Inkrafttreten des Regulierungssystems von 1:7 auf 1:5 verbessert, dabei haben sich die RN-Pflegestunden besonders in Krankenhäusern, die vor Inkrafttreten der Regulierungen hohe Verhältniszahlen aufwiesen, erheblich verbessert (vgl. Munnich 2013). Die kalifornischen Standards würden ungefähr zu einer zusätzlichen halben Stunde für die Pflege pro Patient und Tag führen (vgl. McHugh et al. 2011).

In einigen Publikationen wird berichtet, dass Krankenhäuser nach Inkrafttreten der Nurse-to-Patient Ratios mehr Pflegepersonal über Zeitarbeitsfirmen rekrutiert haben (vgl. u.a. Tevington 2011; Douglas 2010;

Chapman et al. 2009; Spetz et al. 2009). Es findet sich allerdings auch die Feststellung, dass viele Krankenhäuser Kaliforniens keine zusätzlichen RNs einstellen oder über Zeitarbeitsfirmen mieten mussten, um die Verhältniszahlen zu erfüllen (vgl. Huston 2013). Dies könnte zum einen darauf zurückzuführen sein, dass einige Krankenhäuser Umsetzungen oder Änderungen in Tätigkeitsbeschreibungen von Pflegekräften innerhalb ihres Personalbestands vorgenommen haben (vgl. Munnich 2013). Zum anderen hat es offenbar Krankenhäuser gegeben, die bereits vor Inkrafttreten des Regulierungssystems der Nurse-to-Patient Ratios einen hohen Personalbestand im Pflegedienst aufwiesen (ebd.). Laut Aiken (2010b) seien die negativen und unbeabsichtigten Wirkungen der obligatorischen Verhältniszahlen, wie sie vor deren Einführung in Kalifornien befürchtet wurden, nicht eingetreten. Stattdessen verfüge ein Großteil der Krankenhäuser über mehr Pflegepersonal, als allein mit den Verhältniszahlen erforderlich wäre.

Krankenhäuser, die die Nurse-to-Patient Ratios häufiger nicht einhielten, wiesen eine hohe Medicaid- bzw. Nicht-Versicherten-Quote auf. Insbesondere Safety-Net Hospitals seien zu Kompromissen und Kürzungen in anderen Bereichen gezwungen, um die Verhältniszahlen einzuhalten (vgl. Conway et al. 2008). Für Safety-Net Hospitals wird konstatiert, dass es zu einer mäßigen Verbesserung der Pflegepersonal-ausstattung gekommen sei (vgl. McHugh et al. 2012). Aus einer Untersuchung zu den Auswirkungen des Regulierungssystems der Nurse-to-Patient Ratios auf die Menge der von kalifornischen Krankenhäusern zur Verfügung gestellten kostenlosen Versorgungsangebote wird geschlossen, dass die Verhältniszahlen als vorgegebene Mindestbesetzung bei einigen Krankenhäusern dazu geführt hat, dass die kostenlose Versorgung begrenzt wurde (vgl. Reiter et al. 2011).

In Bezug auf die Auswirkungen des Regulierungssystems der Nurse-to-Patient Ratios auf die Gehälter der kalifornischen Pflegefachkräfte wird zunächst festgestellt, dass es in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des Regulierungssystems zu einer Steigerung der Entgelte gekommen sei: Ein Vergleich der Einkommen von RNs vor und nach Inkrafttreten der Regelungen zeige, dass es für RNs in kalifornischen Ballungsgebieten zwischen den Jahren 2000 und 2006 ein Reallohnwachstum gegeben habe, der 12 Prozentpunkte höher lag, als der von RNs in Ballungsräumen außerhalb Kaliforniens (vgl. Mark et al. 2009). Allerdings seien die Auswirkungen auf die Einkommen aktuell nur noch marginal (vgl. Munnich 2013).

Die Arbeitsbelastung von Pflegefachkräften nach Einführung des Regulierungssystems der Nurse-to-Patient-Ratios wird in diversen Forschungsberichten und Publikationen thematisiert (Tevington 2011; Aiken

2010a; 2010b; Donaldson/Shapiro 2010; Douglas 2010; Buerhaus 2009). Während einige Forschungsarbeiten zu dem Ergebnis kommen, dass die Arbeitsbelastung durch die Reduzierung der Anzahl an Patienten pro Pflegefachkraft abgenommen habe (vgl. u.a. Aiken 2010a; Donaldson/Shapiro 2010), wird in anderen Publikationen darauf hingewiesen, dass das Regulierungssystem der Nurse-to-Patient Ratios auch zu einer höheren Arbeitsbelastung geführt habe – z.B. durch die Übernahme von nicht-pflegerischen Aufgaben, durch einen erhöhten Kommunikations- und Dokumentationsaufwand und dadurch, dass Pflegefachkräfte nicht mehr selbst ihre Pausen einteilen könnten (vgl. Tevington 2011; Douglas 2010; Buerhaus 2009).

Die Auswirkungen der Nurse-to-Patient Ratios auf die Gesundheit der Pflegekräfte werden allerdings in der Regel positiv bewertet. So komme es zu signifikant weniger gemeldeten Arbeitsunfällen und beruflich bedingten Krankheitsausfällen (vgl. Leigh et al. 2015) und weniger zu Burnout (vgl. Aiken et al. 2010a). Auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte sei nach Einführung der Verhältniszahlen gestiegen (vgl. Tellez/Seago 2013; Serratt 2013a; Tellez 2012; Aiken et al. 2010a; Spetz 2008). So wurde beispielsweise untersucht, inwiefern kalifornische Pflegefachkräfte in Krankenhäusern eine Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen seit Umsetzung der Nurse-to-Patient Ratios im Jahr 2004 wahrgenommen haben (Spetz et al. 2008). Die Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass sich die Arbeitszufriedenheit der befragten Pflegekräfte zwischen 2004 und 2006 signifikant verbessert habe. Dabei wurden insbesondere die Angemessenheit der personellen Besetzung sowie die zusätzliche Zeit für Beratungsgespräche mit Patienten positiv bewertet. Allerdings habe sich der Anstieg der Gesamtarbeitszufriedenheit nicht im erwarteten Umfang gezeigt (vgl. Tellez 2012; Spetz 2008).

Diskussion

Entgegen der in Deutschland vorherrschenden Darstellung und Auffassung besteht das kalifornische Regulierungsmodell aus deutlich mehr als nur einem Satz von ‚starren‘ Nurse-to-Patient Ratios. Es handelt sich um ein komplexes Regulierungssystem, in dem die Verhältniszahlen erklärtermaßen lediglich die – wenn auch sehr zentrale – Funktion von definierten Untergrenzen der Personalbesetzung haben. Es sind, dies stellt das AB 394 eindeutig klar, „Minimum Nurse-to-Patient Ratios“, die eine Mindestbesetzung festlegen, die zu jeder Zeit eingehalten werden muss.

Hierin liegt ein zentraler Unterschied zu der traditionell in Deutschland üblichen Art der Bestimmung von Standards der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Weder die Anhaltzahlen der Deut-

schen Krankenhausgesellschaft (DKG), noch die Pflege-Personalregelung (PPR) oder die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) enthalten die Verpflichtung der Krankenhäuser, die mit diesen Methoden berechnete Personalbesetzung auch tatsächlich vorzuhalten, weder insgesamt als Stellenplan in Form einer bestimmten Anzahl an Vollkräften noch als tatsächlich pro Schicht auf Station eingesetztes Personal. Sowohl die Anhaltszahlen als auch die PPR und Psych-PV wurden entwickelt für Zwecke der Budget- oder Pflegesatzvereinbarungen. Nurse-to-Patient Ratios nach dem in Kalifornien anzutreffenden Modell wurden entwickelt und dienen als Instrumente der externen Qualitätssicherung. Sie geben Mindestanforderungen für einen zentralen Bereich der Strukturqualität vor.

Die im kalifornischen Regulierungsmodell festgelegten Mindestbesetzungen sollen ausdrücklich nur eine Untergrenze definieren und keine Norm oder gar Obergrenze festlegen. Bereits vor Einführung der Nurse-to-Patient Ratios waren die kalifornischen Krankenhäuser verpflichtet, den Pflegebedarf ihrer Patienten mittels eines Patientenklassifikationssystems (PCS) zu erheben und eine diesen Bedarf deckende Personalbesetzung vorzuhalten. Die Pflicht zur Anwendung eines solchen PCS blieb unverändert bestehen und nimmt in dem 2004 eingeführten Regulierungssystem eine zentrale Stellung ein. Das PCS liefert die Daten, die für die Bestimmung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung maßgeblich sind. Liegt der Personalbedarf über der durch staatliches Recht festgesetzten Mindestbesetzung, so sind die Krankenhäuser verpflichtet, zusätzliches Personal in dem erforderlichen Umfang einzusetzen.

Ein weiteres sehr wesentliches Element des kalifornischen Regulierungsmodells ist die deutliche Stärkung der Stellung und des Einflusses der in der direkten Patientenversorgung tätigen Pflegekräfte. Das in Kalifornien anzutreffende Modell der Einrichtung von paritätisch mit Pflegekräften von Station besetzten Kommissionen ist ein in seiner Bedeutung nicht zu unterschätzendes Element. Es räumt den Pflegekräften aus der Praxis durch die Zuweisung von mindestens der Hälfte der Sitze eine nicht zu überstimmende Position ein. Dieser Grundsatz findet sich auch in anderen, an späterer Stelle der vorliegenden Studie näher erläuterten Regulierungsmodellen, wie beispielsweise einem von mehreren US-Bundesstaaten angewendeten Modell, das von den Krankenhäusern die Einrichtung paritätisch besetzter Nurse Staffing Committees verlangt, die einen, für das Krankenhaus verbindlich umzusetzenden Nurse Staffing Plan für die Pflege entwickeln. Die Einräumung eines starken Einflusses für die in der direkten Patientenversorgung tätigen Pflegekräfte kann durchaus als Ausdruck eines gewissen Grundvertrauens der jeweiligen Gesetzgeber in die Fachkompetenz der Pflegekräfte gedeutet werden.

Dadurch wird insbesondere auch die Möglichkeiten der Pflegekräfte gestärkt, im Interesse einer bedarfsgerechten Pflege als Anwälte der Patienteninteressen Einfluss auf die Personalbesetzung zu nehmen.

Relativ schwach ausgeprägt erscheint im kalifornischen Regulierungsmodell das System der Überwachung und Durchsetzung der Einhaltung der Vorschriften. Dies wird insbesondere angesichts der in Regulierungsmodellen anderer Staaten anzutreffenden Vorkehrungen erkennbar werden. Zwar ist eine Überprüfung im Rahmen des vorgeschriebenen regelmäßigen Akkreditierungs- und Lizenzierungsverfahrens vorgesehen, das Spektrum der dem Staat zur Verfügung stehenden Sanktionsmittel erscheint jedoch relativ eingeschränkt. Der als letztes Sanktionsmittel angedrohte Entzug der Lizenz ist ohne Zweifel eine sehr schwerwiegende Sanktion, kommt aber erst als allerletztes Mittel in Frage, wenn andere versagt haben. Insofern erscheint ein kombiniertes System von Kontrollen und stufenweise zu verschärfenden Sanktionen besser geeignet, so wie es in Regulierungsmodellen anderer Staaten anzutreffen ist, die an späterer beschrieben werden.

Nurse-to-Patient Assignment Limits: Das Regulierungsmodell des Bundesstaates Massachusetts

Der US-Bundesstaat Massachusetts hat Ende September 2014 Nurse-to-Patient Ratios für die Besetzung des Pflegedienstes auf Intensivstationen der Akutkrankenhäuser eingeführt (Massachusetts Department of Public Health 2014). Die vorgegebenen Mindestbesetzungen werden allerdings nicht Nurse-to-Patient Ratios genannt, sondern „Patient Assignment Limits“.

Inhalte der staatlichen Regulierung

Die Limits legen eine Obergrenze für die Zahl der Patienten fest, die einer Pflegekraft auf Intensivstationen pro Schicht maximal zugewiesen werden dürfen. Danach dürfen einer Pflegekraft je nach Gesundheitszustand der Patienten nicht mehr als ein Patient oder maximal zwei Patienten zugewiesen werden.¹³ Damit folgt Massachusetts im Kern dem kalifornischen Modell, in dem festgelegt ist, für wie viele Patienten eine Pflegefachkraft maximal die Verantwortung übernehmen darf. Insofern

13 Vgl. 958 CMR 8.00-8.13: Patient Assignment Limits for Registered Nurses in Intensive Care Units in Acute Hospitals (CMR steht für Code of Massachusetts Regulations, die kodifizierte Sammlung untergesetzlicher Rechtsvorschriften).

erscheint es angemessen, auch in diesem Fall von Nurse-to-Patient Ratios zu sprechen.

Die Einführung der Obergrenze war verbunden mit der Verpflichtung der Krankenhäuser, ein Instrument zur Einschätzung des Pflegebedarfs der Patienten auf Intensivstationen (Acuity Tool) entweder selbst zu entwickeln oder ein bestehendes zu übernehmen.¹⁴ Das Instrument hat bestimmte, durch das Gesundheitsministerium des Bundesstaates Massachusetts vorgegebene Anforderungen zu erfüllen und es dürfen nur solche Assessmentinstrumente eingesetzt werden, die zuvor vom Gesundheitsministerium zertifiziert wurden.

Für die Entwicklung oder Auswahl eines Assessmentinstruments ist eine Kommission (Advisory Committee) zu bilden, die zu mindestens 50% aus Pflegekräften der Intensivstationen zu bestehen hat, auf denen das Instrument eingesetzt werden soll. Diese Pflegekräfte müssen in der direkten Pflege tätig sein und dürfen nicht dem Pflegemanagement angehören.

Die Arbeit der Kommission ist zu dokumentieren, insbesondere die Mitglieder (mit Namen), die Protokolle der Sitzungen und die tragenden Gründe für die Auswahl oder Entwicklung eines Assessmentinstruments. Die Unterlagen sind für mindestens 10 Jahre aufzubewahren und dem Gesundheitsministerium auf Anfrage hin auszuhändigen. Das Assessmentinstrument ist regelmäßig zu evaluieren und gegebenenfalls zu überarbeiten.

Auf Grundlage des zertifizierten Assessmentinstruments ist der Pflegebedarf aller Patienten erstmals bei der Aufnahme auf die Station und nachfolgend mindestens einmal pro Schicht und gegebenenfalls auch häufiger einzuschätzen. Das Ergebnis der Einschätzung hat Grundlage für die Zuweisung des Pflegepersonals zu sein, insbesondere für die Entscheidung, ob eine 1:1-Betreuung des Patienten erforderlich ist, oder eine Pflegekraft zwei Patienten übernehmen kann. Ergebnis dieses Prozesses kann auch sein, dass für sehr schwer kranke Patienten eine Betreuung durch mehr als eine Pflegekraft erforderlich ist.

Die Ergebnisse der Einschätzung des Pflegebedarfs der Intensivpatienten sind zu dokumentieren und für mindestens 10 Jahre aufzubewahren. Das Krankenhaus ist zudem verpflichtet, das Ministerium über die Nurse-to-Patient Ratios seiner Intensivstationen zu unterrichten und die Verhältniszahlen auf der Internetseite des Krankenhauses zu veröffentlichen.

14 Nach der in den entsprechenden Rechtsvorschriften enthaltenen Vorgaben zur Funktion eines ‚Acuity Tool‘ handelt es sich dabei um etwas, das in der deutschen Fachdiskussion als Assessmentinstrument oder Verfahren zur Messung des Pflegebedarfs bezeichnet wird.

Darüber hinaus wurden alle Akutkrankenhäuser verpflichtet, festgelegte Qualitätskennzahlen für Intensivstationen zu erheben und dem Gesundheitsministerium zu berichten (Massachusetts HPC 2015). Die an das Ministerium übersandten Berichte sind auf der Internetseite des Krankenhauses zu veröffentlichen.

Diskussion

Das Regulierungsmodell des Bundesstaates Massachusetts ist deutlich erkennbar vom kalifornischen Modell beeinflusst, auch wenn es unter einer anderen Bezeichnung firmiert und lediglich die Personalbesetzung im Pflegedienst der Intensivstationen regelt.

Ebenso wie in Kalifornien ist die Vorgabe von Mindestbesetzungen unmittelbar verbunden mit der Verpflichtung zur Anwendung eines Verfahrens zur Erhebung des Pflegebedarfs, das Grundlage für die Entscheidung über die Zuweisung von Patienten zu Pflegekräften zu sein hat. Ob eine 1:2 oder eine 1:1 oder eine noch personalintensivere Pflege erforderlich ist, ergibt sich somit nicht aus der Regulierung direkt, sondern erst aus der Anwendung des Assessmentinstrumentes. Da dieses Instrument von zentraler Bedeutung für das Regulierungsmodell ist, erscheint es auch folgerichtig, dass nur solche Instrumente eingesetzt werden dürfen, die vom Gesundheitsministerium zertifiziert wurden.

Im Regulierungsmodell des Bundesstaates Massachusetts ist mit der Dokumentationspflicht ein weiteres Element enthalten, das sowohl im kalifornischen Modell als auch in anderen Staaten anzutreffen ist. Dokumentiert werden müssen das Ergebnis der Erhebung des Pflegebedarfs jedes einzelnen Patienten und die tatsächlich vorgehaltene Personalbesetzung. Die Dokumentation hat für jede einzelne Schicht zu erfolgen und die Unterlagen müssen für einen vorgegebenen Zeitraum aufbewahrt und der zuständigen staatlichen Behörde auf Verlangen für Zwecke der Überprüfung übermittelt werden. Es kann bereits an dieser Stelle festgehalten werden, dass eine Dokumentationspflicht und die Pflicht zur Aufbewahrung der Unterlagen über die Einschätzung des Pflegebedarfs sowie die tatsächliche Personalbesetzung für einen mehrjährigen Zeitraum zu den unverzichtbaren Bestandteilen eines wirksamen Regulierungssystems gehören.

Nurse Staffing Committees und Nurse Staffing Plans: Das Beispiel Oregon

Wie bereits erwähnt, existieren mittlerweile in insgesamt mindestens 14 US-Bundesstaaten gesetzliche Vorschriften zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Kalifornien ist allerdings weiterhin der einzige US-Bundestaat, der für ein breites Spektrum an Stationen und Funktionsbereichen Mindestbesetzungen in Form von Nurse-to-Patient Ratios vorgibt. Das in den übrigen Staaten dominierende Regulierungsmodell sieht zumeist eine Pflicht der Krankenhäuser zur Einrichtung eines Nurse Staffing Committee vor, das paritätisch mit Vertretungen der Pflegedienstleitung und der in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Pflegekräfte besetzt ist, einen für das Krankenhaus verbindlichen Nurse Staffing Plan erstellt und dessen Einhaltung überwacht. Der Begriff „Nurse Staffing Committee“ wird im Folgenden mit *Stellenplankommission* (für den Pflegedienst) übersetzt und der Begriff „Nurse Staffing Plan“ mit *Stellenplan*.

Allerdings erscheint es angesichts der in vielen deutschen Krankenhäusern üblichen Praxis erforderlich, darauf hinzuweisen, dass es sich bei dem gesetzlich vorgeschriebenen Stellenplan in diesem Modell nicht um einen nur auf dem Papier existierenden Stellenplan handelt, der unter Umständen auch unbesetzt gehaltenen Stellen enthält. Der Stellenplan muss tatsächlich erfüllt werden. Unterbesetzungen sind nicht zulässig und werden von den zuständigen staatlichen Behörden sanktioniert. Das Regulierungsmodell soll im Folgenden am Beispiel des US-Bundesstaates Oregon vorgestellt werden.¹⁵

Der Bundesstaat *Oregon* führte bereits 2001 eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser zur Einrichtung von Stellenplankommissionen ein. Die entsprechenden Rechtsvorschriften wurden zuletzt 2015 durch das „Senate Bill 469“ sehr weitgehend überarbeitet. Die Änderungen traten zum 01. Januar 2016 in Kraft und wurden vom Dachverband der Pflegeberufe des Staates Oregon positiv bewertet, da an mehreren Stellen Verbesserungen gegenüber dem vorher geltenden Recht vorgenommen wurden (ONA 2015). Nachfolgend sollen die wichtigsten Inhalte des Regulierungssystems etwas ausführlicher vorgestellt werden, um die Komplexität und innere Logik der Regelungen besser erkennbar werden zu lassen.

15 Einen kursorischen Überblick über den Stand der Regulierung Mitte 2014 in allen 50 US-Bundesstaaten bietet eine tabellarische Übersicht der amerikanischen Emergency Nurse Association (ENA 2014).

Inhalte der staatlichen Regulierung

Seit dem 01. Januar 2016 gelten für Krankenhäuser im Bundesstaat Oregon die folgenden Vorschriften für *Stellenplankommissionen*.¹⁶

- Jedes Krankenhaus im Bundesstaat Oregon ist verpflichtet, eine Stellenplankommission einzurichten.
- Die Stellenplankommission hat zu gleichen Teilen aus Vertretungen des Pflegemanagements und Pflegekräften zu bestehen, die in der direkten Pflege tätig sind. Die Kommission muss gemeinsam und gleichberechtigt von einem Mitglied des Pflegemanagements und einer in der direkten Pflege tätigen Pflegefachkraft (RN) geleitet werden.
- Die Stellenplankommission hat einen schriftlichen Stellenplan für alle Stationen und Abteilungen zu erstellen, in denen Pflegepersonal beschäftigt wird. Das primäre Ziel bei der Entwicklung des Stellenplans hat zu sein, dass das Krankenhaus so mit Pflegepersonal besetzt ist, dass die Patienten eine bedarfsgerechte Pflege erhalten können.
- Die Stellenplankommission hat einen Bericht darüber abzugeben, ob der Stellenplan eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten sicherstellt und den Plan gegebenenfalls zu ändern, wenn dies nicht der Fall ist.
- Die Kommission hat sich mindestens alle drei Monate zu treffen und bei Bedarf und nach Entscheidung der beiden Vorsitzenden auch häufiger.
- Die Besprechungen der Kommission sind für alle Pflegekräfte des Krankenhauses öffentlich. Auf Einladung der beiden Vorsitzenden können auch andere Personen als Besucher teilnehmen. Von jeder Sitzung ist ein Protokoll zu erstellen, das innerhalb einer angemessenen Frist allen in dem Krankenhaus beschäftigten Pflegekräften zugänglich gemacht werden muss.
- Die Entscheidungen der Stellenplankommission müssen mit der Mehrheit der Kommissionsmitglieder getroffen werden. Sind Vertreter des Pflegemanagements oder der direkten Pflege verhindert, dürfen nur jeweils so viele der anderen Gruppe abstimmen, wie Vertreter der von einer Abwesenheit betroffenen Gruppe anwesend sind.
- Kann sich die Kommission nicht auf einen Beschluss einigen, bleibt eine 30-Tage-Frist, um in erneuten Beratungen zu einer Entscheidung zu kommen. Gelingt dies innerhalb der Frist nicht, ist die oberste Gesundheitsbehörde des Staates Oregon (Oregon Health Authori-

16 Vgl. ORS Volume 10, Chapter 441: Health Care Facilities; § 441.151-441.165: Hospital Nursing Services. ORS steht für „Oregon Revised Statutes“, die kodifizierte Sammlung staatlichen Rechts des US-Bundesstaates Oregon.

ty, OHA) darüber zu informieren. Die OHA kann der betreffenden Kommission in diesem Fall einen Mediator zur Lösung des Konflikts zur Verfügung stellen.

- Bleibt die Mediation erfolglos und ist auch nach 90 Tagen keine Einigung in der Kommission erzielt, kann die OHA eine Geldbuße gegen das Krankenhaus verhängen.

Für die *Stellenpläne* gelten die folgenden Vorschriften:

- Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, den von der zuständigen Stellenplankommission entwickelten Stellenplan einzuhalten.
- Der Stellenplan hat auf einer Messung der in den einzelnen Organisationseinheiten anfallenden pflegerischen Tätigkeiten zu basieren. Er hat insbesondere auch die Rate der Aufnahmen, Entlassungen und Verlegungen für jede einzelne Einheit und die dafür erforderliche Zeit für die direkte Pflege zu berücksichtigen. Er muss auf den insgesamt im Krankenhaus zu versorgenden Diagnosen aufbauen, Unterschiede im Gesundheitszustand der Patienten berücksichtigen und den evidenzbasierten nationalen Standards und Leitlinien der professionellen Pflegefachverbände entsprechen.
- Die Berechnung des Stellenplans muss auch Aufgaben berücksichtigen, die nicht der direkten Pflege dienen.
- Im Stellenplan muss eine Mindestbesetzung für jede einzelne Arbeitsschicht festgeschrieben werden. Auch wenn nur ein Patient anwesend ist, muss eine Mindestbesetzung von einer RN und einer anderen Pflegekraft vorgehalten werden.
- Es wird im Gesetz ausdrücklich untersagt, den Stellenplan allein auf Grundlage externer Vergleichswerte („Benchmarks“) zu erstellen.
- Für den Fall kurzfristiger Arbeitsausfälle hat das Krankenhaus eine Telefonliste mit Pflegekräften im Bereitschaftsdienst oder den Nummern von Zeitarbeitsagenturen gut sichtbar auszuhängen.
- Im Gesetz sind zudem Regeln definiert, die Pflegekräfte vor übermäßig langen Arbeitsschichten und unverhältnismäßig vielen Überstunden schützen sollen.

Bei der Erstellung des Stellenplans sind laut Gesetz insbesondere zu berücksichtigen:

- die Ergebnisqualität der Patientenversorgung
- Beschwerden über Mängel in der Pflege aufgrund fehlenden Personals
- die Zahl sowohl der angeordneten als auch der freiwilligen Überstunden und

- der Prozentsatz an Schichten, in denen die tatsächliche Besetzung von der geplanten abwich.

Um die Einhaltung der Vorgaben zu überwachen und gegebenenfalls auch mit Sanktionen durchzusetzen, wurden die folgenden Vorschriften erlassen:

- Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, an einer für die Öffentlichkeit gut einsehbaren Stelle eine Telefonnummer auszuhängen, bei der Verstöße gegen die gesetzlichen Vorschriften gemeldet werden können.
- Alle Krankenhäuser müssen Unterlagen erstellen und vorhalten, die notwendig sind, um die Einhaltung der Vorschriften nachweisen zu können. Die OHA legt Regeln für die Art und Weise der Vorhaltung und gegebenenfalls auch Bereitstellung solcher Unterlagen fest.
- Alle drei Jahre führt die OHA in jedem Krankenhaus eine Überprüfung durch, einschließlich einer Vor-Ort Inspektion. Im Rahmen dieser Überprüfung werden Interviews mit den beiden Vorsitzenden der jeweiligen Stellenplankommission durchgeführt. Sofern dies der OHA erforderlich erscheint, um die Einhaltung der Vorschriften zu verifizieren, können auch weitere Personen befragt werden. Über die Prüfung erstellt die OHA einen Bericht, der den beiden Vorsitzenden der Stellenplankommission übermittelt wird. Darüber hinaus erstellt die OHA einmal jährlich einen Bericht über die Ergebnisse aller Überprüfungen im Bundesstaat Oregon. Die Kosten der Überprüfungen werden aus den Lizenzierungsgebühren der Krankenhäuser finanziert.
- Wenn der OHA ein Verstoß gegen die Vorschriften angezeigt wird, hat die OHA innerhalb von 60 Tagen eine Vor-Ort Überprüfung vorzunehmen. Ist aufgrund der Überprüfung eine Anordnung an das Krankenhaus zur Korrektur des Stellenplans ergangen, hat das Krankenhaus die Korrektur innerhalb von 60 Tagen vorzunehmen.
- Die oberste Gesundheitsbehörde (OHA) kann bei Verstößen gegen die Vorschriften Zivilstrafen verhängen oder auch Krankenhäusern die Zulassung entziehen.
- Die OHA hat auf ihrer Internetseite die Berichte der Vor-Ort Überprüfungen und alle weiteren Berichte über Nachprüfungen zu veröffentlichen, die im Zusammenhang mit den Vorschriften durchgeführt wurden (vgl. exemplarisch OHA 2015). Dort sind auch die ergangenen Anordnungen gegen Krankenhäuser sowie die verhängten Zivilstrafen bekannt zu geben, ebenso wie auch der Widerruf der Betriebszulassung von Krankenhäusern.

Zur Beratung und Unterstützung der OHA ist ein Beirat für Fragen der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser (Nurse Staffing

Advisory Board) bei der OHA eingerichtet, der insgesamt aus 12 Mitglieder besteht. Davon müssen sechs dem Pflegemanagement angehören, fünf müssen RNs sein, die in der direkten Pflege in einem Krankenhaus tätig sind und ein Mitglied kann entweder auch RN sein oder eine Beschäftigte einer anderen Berufsgruppe, die vom Nurse Staffing Plan erfasst wird. Die Mitglieder des Beirates werden jeweils für drei Jahre vom Gouverneur berufen. Die Leitung des Beirates liegt ebenfalls bei zwei Co-Vorsitzenden. Der Beirat hat sich mindestens alle drei Monate zu treffen. Zu seinen Aufgaben gehört die Beratung der OHA, die Identifizierung von Entwicklungen bei der Personalausstattung des Pflegedienstes der Krankenhäuser und die Erarbeitung von Einschätzungen und Empfehlungen für die OHA. Auf Anfrage hin stellt die OHA dem Beirat die schriftlichen Stellenpläne von Krankenhäusern zur Verfügung. Über die Ergebnisse seiner Arbeit hat der Beirat jedes Jahr bis zum 15. September einen schriftlichen Bericht an die OHA zu geben (vgl. u.a. OHA 2016).

Diskussion

Oregon und sieben weitere US-Bundestaaten sind einen anderen Weg in der Regulierung der Personalbesetzung des Pflegedienstes der Allgemeinkrankenhäuser gegangen, der bei genauer Betrachtung aber gar nicht so weit von dem Regulierungsmodell Kaliforniens und Massachusetts abweicht. Anders als in Kalifornien und Massachusetts wird keine Mindestbesetzung durch staatliches Recht definiert, dennoch sieht das in Oregon existierende Regulierungsmodell die Festlegung von Mindestbesetzungen für einzelne Arbeitsschichten vor. Diese Aufgabe wird allerdings der paritätisch zu besetzenden Stellenplankommission in jedem einzelnen Krankenhaus übertragen. Die Festlegung der Mindestbesetzungen hat, ebenso wie die Herleitung der Personalbesetzung insgesamt, auf Grundlage einer Erhebung der für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen pflegerischen Leistungen zu erfolgen. Damit wird im Kern ebenso wie in Kalifornien und Massachusetts die Anwendung eines Verfahrens zur Messung des Pflegebedarfs gefordert, das die Datenbasis für die Bestimmung des Personalbedarfs liefert.

Auch in dem von Oregon gewählten Regulierungsmodell kommt einer strikt paritätisch besetzten Kommission aus Vertretern des Pflegemanagements und Vertretern der in der direkten Pflege tätigen Pflegekräfte eine sehr zentrale Rolle zu. Die Vorschriften zur Arbeit dieser Kommission sind detaillierter als in Kalifornien und Massachusetts und lassen noch deutlicher als in den zuvor vorgestellten Modellen einen gesetzgeberischen Willen zur Stärkung der in der unmittelbaren Patientenversor-

gung tätigen Pflegekräfte erkennen. Dies kommt nicht nur in den Vorschriften zur Besetzung der Kommission zum Ausdruck, sondern auch in der Vorgabe, dass die Kommission gemeinsam von zwei Vorsitzenden geleitet werden muss – je einer Vertretung des Pflegemanagements und einer Vertretung der Pflegekräfte von Station.

Neu gegenüber den beiden zuvor vorgestellten Modellen ist auch die Festlegung von Fristen für eine Einigung und die Androhung von Sanktionen gegenüber dem Krankenhaus, wenn eine Einigung innerhalb dieser Fristen nicht erreicht wird. Ähnliche Regelungen finden sich auch in Australien und wurden dort als Teil tarifvertraglicher Vereinbarungen bereits vor mehr als 15 Jahren eingeführt. Es hat den Anschein, dass die australischen Erfahrungen auch in die US-amerikanische Diskussion eingeflossen sind.

Bemerkenswert ist auch der in der Regulierung deutlich werdende politische Wille, die Arbeit und Entscheidungsfindung der Stellenplan-Kommissionen für alle Pflegekräfte des jeweiligen Krankenhauses transparent zu machen. Dies zeigt insbesondere die Vorschrift, dass die Sitzungen der Kommissionen für das Pflegepersonal des betreffenden Krankenhauses öffentlich zu sein haben und die Protokolle der Sitzungen den Beschäftigten zugänglich gemacht werden müssen.

Hervorzuheben sind die Regelungen zur Überprüfung und Durchsetzung der Einhaltung der Rechtsvorschriften. Bei der Überwachung setzt man in Oregon offensichtlich in starkem Maße auf die Beschäftigten in der Pflege, Patienten und Angehörige. Durch die Auflage, dass eine Telefonnummer, bei der Verstöße gegen die Vorschriften gemeldet werden können, für die Öffentlichkeit gut einsehbar auszuhängen ist, erübrigt sich ein gesondert geregelter Schutz für Whistleblower. Die Meldung von Verstößen ist fester Bestandteil der Rechtsvorschriften und im Grunde so etwas wie Staatsbürgerpflicht, da die Meldung der Einhaltung und Durchsetzung staatlichen Rechts dient.

In Oregon begnügt man sich zudem nicht mit der Prüfung von Unterlagen, sondern verpflichtet die zuständige Behörde auch zur Durchführung einer regelmäßigen Vor-Ort-Überprüfung, die ausdrücklich auch Interviews mit Beschäftigten des Krankenhauses einschließen soll.

Das in Oregon existierende Regulierungsmodell verzichtet auf die Vorgabe einheitlicher Mindestbestzungen für alle Krankenhäuser und setzt in starkem Maße auf die Pflegekräfte vor Ort und ihr professionelles Selbstverständnis sowie ihren Anspruch an die Qualität ihrer eigenen Arbeit. Dies gewährt den Krankenhäusern zwar ein deutlich höheres Maß an Flexibilität beim Personaleinsatz, birgt aber zugleich auch ein ernstzunehmendes Risiko. Ob und in welchem Maße die von der zuständigen Stellenplan-Kommission vereinbarte Stellenbesetzung be-

darfsgerecht ist, hängt in hohem Maße vom professionellen Selbstverständnis der Beteiligten ab und kann möglicherweise auch von außerprofessionellen Erwägungen beeinflusst werden. So kann beispielsweise eine defizitäre wirtschaftliche Situation Abstriche bei professionellen Ansprüchen und auch der Stellenausstattung als Ausweg aus der schwierigen Situation erscheinen lassen. Die Einigung auf niedrigere Versorgungsstandards und eine niedrigere Personalbesetzung könnte so auch den Pflegekräften vor Ort vertretbar erscheinen, um dadurch ihre Arbeitsplätze zu erhalten. Durch staatliches Recht vorgegebene Mindestbesetzungen und vorgegebene Mindestanforderungen an zulässige Assessmentinstrumente könnten als Maßnahmen der externen Qualitätssicherung dieses Risiko minimieren.

Regulierungen in anderen Bundesstaaten: Das Beispiel New Jersey

Das dritte, in den USA anzutreffende Regulierungsmodell beschränkt sich auf die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Offenlegung ihrer Personalbesetzung im Pflegedienst. Dieses Modell soll nachfolgend kurz am Beispiel des Bundesstaates New Jersey vorgestellt werden.

Inhalte der staatlichen Regulierung

New Jersey hat im Jahr 2005 Krankenhäuser verpflichtet, detaillierte Informationen über ihre tatsächliche Personalbesetzung der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.¹⁷ Allgemeinkrankenhäuser müssen für jede einzelne Station vor dem Ende der laufenden Arbeitsschicht die Zahl der in der direkten Pflege eingesetzten Registered Nurses, Licensed Practical Nurses, Certified Nurse Aids und anderen registrierten oder lizenzierten Gesundheitsberufe erfassen und auf Nachfrage darüber informieren. Die Angabe hat als Gesamtzahl und als Nurse-to-Patient Ratio zu erfolgen. Darüber hinaus hat jedes Allgemeinkrankenhaus die Methoden detailliert offenzulegen, auf deren Grundlage der Personalbedarf im Pflegedienst ermittelt wurde.

Die Krankenhäuser haben die Angaben über die Personalbesetzung monatlich an das Gesundheitsministerium zu übermitteln, und das Ministerium hat die Informationen in geeigneter Form der Öffentlichkeit zu-

¹⁷ Die entsprechenden Rechtsvorschriften finden sich in den New Jersey Revised Statutes, Title 26, Section 26:2H-5g.

gänglich zu machen (Internet). Kommt ein Krankenhaus seiner Pflicht nicht nach, kann das Ministerium eine Ordnungsstrafe gegen die Klinik verhängen.

Auf der Internetseite des Gesundheitsministeriums von New Jersey sind die von den Krankenhäusern gemeldeten Angaben zur Personalbesetzung für jedes einzelne Krankenhaus als gesonderter Bericht verfügbar (NJ Health 2016). Die dort einsehbaren krankenhausesindividuellen Berichte enthalten detaillierte Angaben zur durchschnittlichen Personalbesetzung des letzten Quartals für jede einzelne Station.

Auf der Internetseite des New Jersey Gesundheitsministeriums wird allerdings ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Angaben mit Vorsicht zu interpretieren und nicht ohne weiteres vergleichbar sind, da es Unterschiede im Behandlungs- und Pflegebedarf der Patienten gibt, die nicht mitefassen werden (NJ Health 2016). Insofern können Unterschiede bei den Nurse-to-Patient Ratios auch aus Unterschieden im Versorgungsauftrag der Krankenhäuser (Grundversorgung oder Maximalversorgung) und unterschiedlich pflegeaufwändigen Patienten resultieren.

Diskussion

An dem zuvor zitierten Hinweis wird bereits ein zentraler Mangel dieses Regulierungsmodells deutlich. Die Veröffentlichung der Ist-Besetzung erlaubt keinen Rückschluss auf die Frage der Bedarfsgerechtigkeit dieser Ist-Besetzung. Es ist nicht erkennbar, ob und in welchem Maße die Ist-Besetzung dem Soll, also dem Personalbedarf, entspricht. Die beiden zuvor vorgestellten Regulierungsmodelle beinhalten hingegen sehr wohl die Festlegung eines Solls. Im Modell Kaliforniens sind es die durch staatliches Recht festgelegten Mindestbesetzungen sowie die Ergebnisse der Anwendung des Patientenklassifikationssystems. Das Patientenklassifikationssystem wiederum muss festgelegte Anforderungen erfüllen. Durch den Vergleich der Soll-Besetzung mit der Ist-Besetzung wird erkennbar, ob und in wie weit die Ist-Besetzung dem Soll entspricht beziehungsweise entspricht. Im Modell des Staates Massachusetts kann aus der mindestens einmal pro Schicht zu erfolgenden Erhebung des Pflegebedarfs jedes einzelnen Patienten die Soll-Besetzung errechnet und der Ist-Besetzung gegenübergestellt werden. In dem in New Jersey gewählten Regulierungsmodell fehlt jegliche Grundlage zur Bestimmung einer Soll-Besetzung.

Es kann somit festgehalten werden, dass Regulierungsmodelle, die allein die Veröffentlichung der Ist-Personalbesetzung beinhalten, ohne zugleich die Soll-Besetzung oder Verfahren zu ihrer Ermittlung vorzugeben, für eine auf Qualitätssicherung zielende Regulierung ungeeignet

sind. Dies gilt sowohl für die Angabe der Ist-Besetzung in Form von Vollkräften oder Vollzeitäquivalenten als auch in der Form von Nurse-to-Patient-Ratios.

Regulierungsmodelle australischer Bundesstaaten

In Australien existieren in zwei Bundesstaaten durch Gesetz oder Verordnung vorgegebene Nurse-to-Patient Ratios, in Victoria und in Queensland.¹⁸ Darüber hinaus gibt es in mehreren anderen Bundesstaaten Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst staatlicher Gesundheitseinrichtungen als Teil tarifvertraglicher Vereinbarungen. Die verbreitetste Methodik baut auf so genannten Nursing Hours Per Patient Day (NHPPD) auf. Dies sind Minutenwerte für die tatsächlich pro Patient und Tag vorzuhaltende Nettoarbeitszeit von Pflegepersonal auf einer Station. Dieser Ansatz wird am Beispiel der tarifvertraglichen Vereinbarungen für staatliche Gesundheitseinrichtungen im Bundesstaat New South Wales näher erläutert.

Basisinformationen zu staatlichen Strukturen

Australien ist auch nach seiner Unabhängigkeit Mitglied des britischen Commonwealth geblieben, insofern ist die englische Königin Staatsoberhaupt auch von Australien. Sie ernennt einen Generalgouverneur für Australien, der in seinem Handeln jedoch strikt an die australische Verfassung gebunden ist und seine Entscheidungen immer in Absprache mit der jeweiligen australischen Regierung zu treffen hat (Australien Government 2017).

Australien ist ein Bundesstaat, dessen politisch-administrative Struktur durch die Aufteilung der Kompetenzen zwischen der Zentralregierung und sechs Bundesstaaten¹⁹ geprägt ist (ebd.). Neben den sechs Bundesstaaten existieren insgesamt 10 ‚Territorien‘, die von der Zentralregierung verwaltet werden und über gewisse Selbstverwaltungsrechte verfügen. Zwei der Territorien liegen auf dem Kontinent, bei den übrigen handelt es sich um teilweise weit entfernt liegende Inseln.²⁰

18 Zum Stand der gesetzlichen Regulierung in Australien insgesamt vgl. Queensland Parliamentary Committees (2016: 8ff.).

19 New South Wales, Queensland, South Australia, Tasmania, Victoria und Western Australia.

20 Northern Territory (im dünnbesiedelten Norden) und Australian Capital Territory (Gebiet der Hauptstadt Canberra).

Die Kompetenzteilung zwischen Zentralregierung und Bundesstaaten gilt auch für das Gesundheitssystem (Healy/Sharman/Lokuge 2006). Die Zentralregierung ist zuständig für die Erhebung von ca. 80% der Steuern, aus denen der Großteil des australischen Gesundheitssystems finanziert wird. Sie verfügt jedoch nur für einige Bereiche der Gesundheitsversorgung über gesetzgeberische Kompetenzen. Die Zuständigkeit für die Sicherstellung und Regulierung der gesundheitlichen Versorgung liegt vor allem bei den Bundesstaaten. Sie erhalten dafür von der Zentralregierung Anteile am Steueraufkommen.

Die in Australien existierenden Regulierungssysteme sind vor dem Hintergrund einer langen Tradition der tarifvertraglichen Vereinbarung nicht nur von Löhnen und Gehältern, sondern auch von Arbeitsbedingungen in einem sehr umfassenden Sinn zu sehen (vgl. exemplarisch NSW Government 2016).²¹ Dies schließt nicht nur Arbeitszeiten, tarifliche Urlaubszeiten etc. ein, sondern auch Fragen der Personalplanung und des Personalmanagements.

Können sich Arbeitgeber und Gewerkschaften nicht einigen, entscheiden auf Grundlage des „Industrial Relations Act 1999“ arbeitende und durch die Regierung berufene Schiedsgerichte auf der Ebene des jeweiligen Bundesstaates (Industrial Relations Commissions) oder für Australien insgesamt (Fair Work Commission) in einem für beide Seiten verbindlichen Urteil. Die Mitglieder der IRC werden von der Regierung des jeweiligen Bundesstaates und die Mitglieder der FWC vom britischen Generalgouverneur auf Vorschlag der Zentralregierung berufen. Der Präsident und Vizepräsident der Commission sind in der Regel Richter, die übrigen Mitglieder kommen aus der Rechtswissenschaft, den Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden oder Einrichtungen des öffentlichen Dienstes (FWC 2016; und exemplarisch für einen Bundesstaat: IRC Queensland 2016). Zu den Aufgaben der IRC gehört nicht nur die Moderation von Tarifkonflikten und Rechtsetzung, sondern auch die Prüfung aller Tarifverträge auf ihre Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorschriften und ihre Genehmigung.

Da die Tarifverträge und Schiedsgerichtsentscheidungen jeweils nur für die Vertragsparteien gelten, regeln beispielsweise Tarifvereinbarungen zwischen dem jeweiligen Bundesstaat und den betreffenden Gewerkschaften der Pflegekräfte auch nur die Arbeitsbedingungen in staatlichen Gesundheitseinrichtungen. Angesichts eines Anteils der staatlichen Krankenhäuser in Höhe von ca. 95% der Betten in Akutkrankenhäusern, kommt den für den öffentlichen Dienst geltenden Tarifverträgen

²¹ Zum Gesamtsystem staatlicher Regulierung der Arbeitsbeziehungen vgl. Department of Employment (2016).

oder Schiedsgerichtsentscheidungen zu Vergütungen und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals allerdings eine Reichweite zu, die fast an die eines Gesetzes oder einer staatlichen Verordnung reicht.

Nachfolgend werden die Regelungen von vier australischen Bundesstaaten vorgestellt. Die Darstellung beginnt mit dem Regulierungssystem des Bundesstaates Victoria, in dem Nurse-to-Patient Ratios im Jahr 2000 eingeführt wurden, zunächst im Rahmen des Tarifvertragssystems und ab 2016 durch ein gesondertes Gesetz. Daran schließt sich eine Beschreibung der Regulierungssysteme in Queensland, New South Wales und Western Australia an.

Wie bereits in der Einleitung der vorliegenden Studie angesprochen, handelt es sich bei den bestehenden Nurse-to-Patient Ratio Regulations um weit mehr als nur die Festsetzung von Verhältniszahlen für bestimmte Stationstypen oder Organisationseinheiten. Die bestehenden Regelungen – und das gilt insbesondere auch für Australien – sind komplexe Regelwerke, die versuchen, alle relevanten Aspekte einer staatlichen oder tarifvertraglichen Regelung der Personalbesetzung zu berücksichtigen. Da es für die Diskussion in Deutschland hilfreich sein könnte, sich einen über die Verhältniszahlen hinausgehenden Einblick in Regulierungen zu verschaffen, werden sie im Folgenden auch etwas ausführlicher vorgestellt. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil es in Australien eine relativ lange Tradition der Regulierung der Personalausstattung mit Pflegepersonal und den dabei auftretenden Problemen gibt und dabei Erfahrungen gesammelt wurden, die offensichtlich in die gegenwärtig geltenden Regelungen eingeflossen sind und Anregungen für die deutsche Diskussion geben könnten.

Das Regulierungsmodell des Bundesstaates Victoria

Im Bundesstaat Victoria wurden bereits im Jahr 2000 verbindlich einzuhaltende Nurse-to-Patient Ratios als Teil eines Rahmentarifvertrages für Pflegepersonal und Hebammen in öffentlichen Krankenhäusern eingeführt. Der Vertrag wurde zuletzt für den Zeitraum 2012-2016 neu vereinbart (ANMF 2012). Nachdem die vorherige, von der Liberalen Partei geführte Regierung in den Verhandlungen mit den Gewerkschaften versucht hatte, die Ratios aus dem Rahmentarifvertrag wieder herauszunehmen, legte die nachfolgende Labor-Regierung im Jahr 2015 ein Gesetz²² zu Nurse-to-Patient Ratios vor, dass die tarifvertraglich vereinbar-

22 Safe Patient Care (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Act 2015.

ten Regelungen übernahm und alle mit öffentlichen Mitteln finanzierten Krankenhäuser zur Einhaltung der Vorgaben verpflichtet. Das Gesetz trat 2016 in Kraft und gilt für alle öffentlich finanzierten Gesundheitseinrichtungen, folglich auch für diejenigen privaten Krankenhäuser, die zur Versorgung von Medicare-Patienten zugelassen sind und staatliche Mittel erhalten. Die gesetzliche Regelung wurde damit begründet, dass so das Risiko einer Abschaffung der Regulierung durch zukünftige Regierungen gesenkt werden könne (Premier of Victoria 2015).

Inhalte der staatlichen Regulierung

Anders als beispielsweise in Kalifornien sind die Verhältniszahlen in Victoria im Gesetz festgeschrieben. Eine auf Grundlage des Gesetzes erlassene Verordnung²³ beinhaltet lediglich Ausführungsbestimmungen und Erläuterungen zu einzelnen Teilen des Gesetzes.

Im Zentrum des Gesetzes steht die Festlegung und Vorgabe von *Nurse-to-Patient Ratios* (Tabelle 2). Die Verhältniszahlen sind sowohl nach der Versorgungsstufe (Level) des Krankenhauses und Art der Abteilung als auch nach Arbeitsschichten differenziert. Level 1 ist die höchste Versorgungsstufe, Level 4 die niedrigste. Die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe ist im Anhang des Gesetzes für jedes Krankenhaus einzeln ausgewiesen.

Die Verhältniszahlen definieren nur Mindestanforderungen und es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass mit dem Gesetz nicht intendiert sei, die Krankenhausleitung daran zu hindern, die Station über die Mindestanforderungen hinausgehend mit Personal zu besetzen.

Als „Nurse“ im Sinne des Gesetzes gelten Registered Nurses (RNs) und Enrolled Nurses (ENs). Der Anteil der ENs darf nicht mehr als 20% betragen.²⁴

Ebenso wie Kalifornien nimmt auch Victoria die Führungskräfte von der Anrechnung auf die Ratio aus, bezieht die Besetzung mit Führungskräften auf Station (Stationsleitung, stellvertretende Stationsleitung) aber explizit ein. Insbesondere für die bettenführenden Bereiche verpflichtet das Gesetz die Krankenhäuser, zusätzlich zu den geforderten in der unmittelbaren Pflege tätigen Pflegefachkräften in den beiden Tagschichten jeweils auch eine Leitungskraft vorzuhalten (Nurse in Charge). Für

23 Safe Patient Care (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Regulations 2015.

24 Zum australischen Qualifizierungssystem für Pflegekräfte vgl. die Erläuterungen im Anhang.

Notfallaufnahmen ist darüber hinaus in der Regel die zusätzliche Vorhaltung einer speziell ausgebildeten ‚Triage Nurse‘ vorgeschrieben.²⁵

Tabelle 2: Nurse-to-Patient Ratios des Bundesstaates Victoria (Australien)

	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht
Normalstationen (Pflegekraft:Patienten)			
Krankenhäuser Level 1	1:4 + 1 Leitungskraft	1:4 + 1 Leitungskraft	1:8
Krankenhäuser Level 2	1:4 + 1 Leitungskraft	1:5 + 1 Leitungskraft	1:8
Krankenhäuser Level 3	1:5 + 1 Leitungskraft	1:6 + 1 Leitungskraft	1:10
Krankenhäuser Level 4	1:6 + 1 Leitungskraft	1:7 + 1 Leitungskraft	1:10
Notaufnahme (Pflegekraft:Betten)			
Notaufnahme Gruppe 1	1:3 + 1 Leitungskraft + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 Leitungskraft + 2 Triage Nurse	1:3 + 1 Leitungskraft + 1 Triage Nurse
Notaufnahme Gruppe 2	1:3 + 1 Leitungskraft + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 Leitungskraft + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 Leitungskraft + 1 Triage Nurse
Notaufnahme Gruppe 3	1:3 + 1 Leitungskraft + 1 Triage Nurse	1:3 + 1 Leitungskraft	1:3 + 1 Leitungskraft
OP und Aufwachraum			
Operationssaal	1 OP-Pflegefachkraft + 1 Springer ¹ + 1 Anästhesiepflegekraft je OP-Saal		
Aufwachraum	1:1 für jeden bewusstlosen Patienten in jeder Schicht		
Besondere Stationen (Pflegekraft:Patienten)			
Kardiologische Überwachungsstation	1:2 + 1 Leitungskraft	1:2 + 1 Leitungskraft	1:3
Intermediate Care Station (IMC)	1:2 + 1 Leitungskraft ¹	1:2 + 1 Leitungskraft ²	1:2
Palliativstation	1:4 + 1 Leitungskraft	1:5 + 1 Leitungskraft	1:8
Rehabilitationsstation	1:5 + 1 Leitungskraft	1:5 + 1 Leitungskraft	1:10

²⁵ Bei ‚Triage Nurses‘ handelt es sich um speziell ausgebildete und erfahrene Pflegefachkräfte, die eine Ersteinschätzung des physischen und mentalen Zustandes jedes neu eintreffenden Patienten vornehmen und entscheiden, ob eine Aufnahme und gegebenenfalls sofortige Notfallbehandlung erforderlich ist oder nicht. Die Qualifikation zur Triage Nurse erfolgt im Rahmen einer Weiterbildung und schließt mit einer Prüfung und dem Erwerb eines entsprechenden Weiterbildungszertifikats ab.

Geriatrische Rehabilitation	1:5 + 1 Leitungskraft	1:6 + 1 Leitungskraft	1:10
Geburtshilfe			
Kreißsaal	2 Hebammen für je 3 Kreißsaalplätze		
Neonatologische Intensivstation (Pflegekraft:Patienten)	1:2 + 1 Leitungskraft in jeder Schicht		
Neugeborenenstation (für kranke Neugeborene)	a) 9 oder weniger belegte Betten: 1:4 in jeder Schicht b) 10 belegte Betten: 3 Pflegekräfte in jeder Schicht c) 11 oder mehr belegte Betten: 4 Pflegekräfte + 1 zusätzliche Pflegekraft für je 3 zusätzlich belegte Betten in jeder Schicht		
Entbindungsstation	1:4 + 1 Leitungskraft	1:4 + 1 Leitungskraft	1:6

Anmerkungen: Die Zuordnung eines Krankenhauses zu einem Level, einer Notaufnahme zu einer Gruppe sowie einer Geriatrie ist einem Anhang zum Gesetz zu entnehmen. Für einzelne Arten von Abteilungen und bestimmte einzelne Krankenhäuser gelten teilweise abweichende, genau spezifizierte besondere Vorschriften.

- 1) geforderte Qualifikation: Pflegeausbildung (mindestens zweijährige)
- 2) Eine zusätzliche Leitungskraft ist nur erforderlich, wenn die IMC nicht an eine Intensivstation angebunden ist.

Quelle: Safe Patient Care (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Act 2015, eigene Darstellung.

Die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben gilt nicht nur für die Zahl der vorhandenen Patienten, sondern auch für die erwarteten Patienten. Es gilt der Grundsatz, dass zusätzliche Betten nur belegt werden dürfen, wenn Pflegekräfte in ausreichender Zahl verfügbar sind, um die Ratio einzuhalten.

Das Gesetz regelt auch die Grundsätze des Auf- und Abrundens für den Fall, dass die Division der Zahl der Patienten durch die Ratio keine volle Zahl ergibt:

- Wenn die tatsächliche oder erwartete Zahl an Patienten 50% oder weniger einer zusätzlichen Pflegekraft erfordert, ist es nicht erforderlich eine zusätzliche Pflegekraft vorzuhalten, es sei denn eine sichere Patientenversorgung wird dadurch gefährdet.
- Wenn die tatsächliche oder erwartete Zahl an Patienten mehr als 50% einer zusätzlichen Pflegekraft erfordert, ist es erforderlich eine zusätzliche Pflegekraft vorzuhalten.

Das Gesetz erlaubt Abweichungen von den Nurse-to-Patient Ratios, dazu bedarf es allerdings einer schriftlichen Vereinbarung zwischen der Krankenhausleitung und der jeweils zuständigen Gewerkschaft. Die Abweichungen müssen mit den Grundsätzen des Gesetzes vereinbar sein. Die Vereinbarung über eine Abweichung kann sowohl von der Krankenhausleitung als auch von einzelnen Pflegekräften beantragt werden. Der Antrag muss spätestens zwei Wochen vor Beginn der nächsten Dienstplanperiode gestellt werden, und ihm muss eine Information darüber beigefügt sein, inwieweit die Grundsätze des Gesetzes eingehalten werden.

Auch eine zeitlich begrenzte Anwendung alternativer Verfahren zur Ermittlung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung wird vom Gesetz erlaubt. Dazu ist ebenfalls eine Vereinbarung zwischen der Krankenhausleitung und der zuständigen Gewerkschaft erforderlich. Das alternative Verfahren muss auf der Ermittlung des Pflegebedarfs je Patient basieren und die Auswirkungen auf die Patientenversorgung müssen im Rahmen einer klinischen Studie begleitend untersucht werden.

Die Anforderungen an die Anwendung eines alternativen Verfahrens der Personalbemessung wurden in der auf Grundlage des Gesetzes erlassenen Verordnung definiert und sind relativ hoch. So hat die Krankenhausleitung einen schriftlichen Entwurf für die Studie zu erstellen, in dem insbesondere die erwarteten Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung dargelegt werden. Es muss zudem mindestens ein Krankenhaus eines anderen Staates benannt werden, in dem das zu erprobende Verfahren oder ein sehr ähnliches bereits angewendet wird. Eine Kopie des schriftlichen Entwurfes ist an alle Pflegekräfte und Hebammen zu verteilen, die von der Umstellung betroffen sind. Der Abschlussbericht der Studie ist allen betroffenen Pflegekräften und Hebammen verfügbar zu machen.

Bei der Kontrolle und Durchsetzung der Einhaltung des Gesetzes hat sich der Bundesstaat Victoria für einen Weg entschieden, der auf der Einbindung des Pflegepersonals aufbaut und bis zur Verhängung von Zivilstrafen für die Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorschriften reicht:

- Jede Pflegekraft oder Hebamme, die in einem Krankenhaus arbeitet, das unter das Gesetz fällt, kann die zuständige Krankenhausleitung über einen mutmaßlichen Verstoß gegen eine Ratio oder eine vereinbarte Ratio-Variation in Kenntnis setzen.
- Nach einem Hinweis auf die Nichteinhaltung von Vorgaben muss ein informelles Verfahren der Konfliktlösung eingeleitet werden, an dem auch Vertreter der zuständigen Gewerkschaft zu beteiligen sind (local dispute resolution).

- Kann über das informelle Verfahren der Konfliktlösung keine Einigung erreicht werden, ist der Streitfall einem Zivilgericht erster Instanz (Magistrate's Court) vorzulegen.
- Eine Person, die die Nichteinhaltung von Ratios dem Magistrate's Court anzeigen will, hat darüber unverzüglich das Gesundheitsministerium zu informieren.
- Das Gericht hat zu klären, ob das Krankenhaus die gesetzlichen Vorgaben einhält oder nicht und im Falle der Nichteinhaltung eine gerichtliche Verfügung zu erlassen, mit der die Krankenhausleitung zur Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben verpflichtet wird.
- Wenn eine solche gerichtliche Verfügung beschlossen wurde, kann das Gericht die sofortige Umsetzung durch eine einstweilige Anordnung bestimmen, wenn es dies zum Schutz der Patienten für erforderlich hält.
- Ist das Gericht der Auffassung, dass es sich bei der Nichteinhaltung von Ratios um einen absichtlichen und schwerwiegenden Verstoß handelt, kann es gegen die Krankenhausleitung eine Zivilstrafe bis zur Höhe von 60 Tagessätzen verhängen.
- Der Magistrate's Court informiert das Gesundheitsministerium über ergangene Anweisungen und verhängte Zivilstrafen.
- Das Gesundheitsministerium kann ein Krankenhaus anweisen, die vorgeschriebenen Ratios oder eine mit der Gewerkschaft vereinbarte Abweichung einzuhalten (safe patient care compliance direction).
- Der Krankenhausleitung ist vor dem Erlass einer Anordnung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist bei dem Erlass der Anordnung zu berücksichtigen.
- Die Anordnung ist auf Anfrage hin der Öffentlichkeit verfügbar zu machen.
- Wird eine „safe patient care compliance direction“ erlassen, hat die betreffende Krankenhausleitung die darin enthaltenen Vorgaben zu befolgenden und den Vorgang in ihrem Jahresbericht zu erwähnen.

Es bleibt noch darauf hinzuweisen, dass bereits die tarifvertraglichen Vereinbarungen durch begleitende Maßnahmen unterstützt wurden. So finanzierte die Regierung ein Programm zur Förderung des Wiedereintritts von Pflegekräften in ihren Beruf und zur Wiederauffrischung des beruflichen Wissens, mit dem bis Ende 2001 die Rückgewinnung von ca. 2650 zusätzlichen Vollzeitkräften gelang (CDHS 2003a). Dies entsprach einer Steigerung des Personalbestandes gegenüber 1999 um fast 15%. Darüber hinaus wurde eine erfolgreiche Werbekampagne zur Nachwuchsgewinnung für Pflegeberufe durchgeführt.

Diskussion

Das Regulierungsmodell des Bundesstaates Victoria weist eine Reihe von Gemeinsamkeiten mit den zuvor beschriebenen US-amerikanischen Regulierungsmodellen auf, aber auch einige sehr wesentliche Unterschiede.

Zunächst einmal ist hervorzuheben, dass die Nurse-to-Patient Ratios anders als in Kalifornien nicht als einheitliche pauschale Verhältniszahl für alle Schichten und alle Arten von Akutkrankenhäusern festgesetzt wurden, sondern differenziert nach Arbeitsschichten und unterschiedlich je nach Versorgungsstufe des betreffenden Krankenhauses. Die nach Versorgungsstufe differenzierte Vorgabe erfolgt nicht nur für Stationen, sondern beispielsweise auch für Notaufnahmen. Dies erscheint ausgesprochen sinnvoll und nimmt nicht nur auf unterschiedliche Versorgungsaufträge und Patientengruppen je nach Versorgungsstufe Rücksicht, sondern auch auf Unterschiede im Arbeitsanfall je nach Arbeitsschicht.

Ähnlich wie in Kalifornien sind auch in Victoria Führungskräfte ausdrücklich von der Anrechnung auf die Mindestbesetzungen ausgenommen, allerdings ist Victoria den Weg gegangen, Leitungskräfte auf Station in die Vorgaben einzubeziehen. Dies erscheint insofern sehr angemessen, als damit erreicht werden kann, dass die für die direkte Pflege der Patienten vorgesehenen Pflegekräfte sich auch tatsächlich dieser Aufgabe widmen können und nicht zusätzlich noch Managementaufgaben wahrnehmen müssen.

Als Besonderheit des australischen Regulierungsmodells, dies gilt nicht nur für Victoria, ist zudem festzustellen, dass den Gewerkschaften eine hervorgehobene und zentrale Stellung eingeräumt wird. Wie bereits zuvor dargelegt, wurzelt dies in einer langen Tradition staatlicher Regulierung der Arbeitsbeziehungen und Einbeziehung der Gewerkschaften in das Regulierungssystem. Die in den US-Bundesstaaten anzutreffenden paritätischen Kommissionen nehmen auch in Australien eine sehr bedeutende Rolle ein.

Zwar gibt das Gesetz in Victoria eindeutig benannte Mindestbesetzungen in Form von Nurse-to-Patient Ratios vor, es eröffnet den Krankenhäusern aber auch die Option, alternative Verfahren anzuwenden. Allerdings sind daran sehr hohe Anforderungen gestellt und es bedarf einer ausdrücklichen Vereinbarung mit den Gewerkschaften. Dies erscheint insofern sehr sinnvoll, als damit ein Umgehen der Vorschriften verhindert oder zumindest erschwert werden kann.

Bemerkenswert ist am Regulierungsmodell des Bundesstaates Victoria – wie auch anderer australischer Staaten – das System der Überwa-

chung und Durchsetzung der Einhaltung der Vorschriften. Es setzt auf der ersten und untersten Ebene auf die Einbeziehung der Pflegekräfte vor Ort. Sie sind aufgefordert, auf die Einhaltung zu achten und Verstöße gegen die Vorschriften zu melden. Das dann vorgesehene System einer stufenweisen Konfliktregulierung mit vorgegebenen Fristen, die einzuhalten sind, erscheint gut durchdacht und basiert vermutlich auf langjähriger Erfahrung mit ähnlichen Konfliktregulierungen im Bereich des Arbeitsrechts. Eine Besonderheit gegenüber den US-amerikanischen aber auch anderen Regulierungsmodellen ist sicherlich die in der letzten Stufe vorgesehene Klärung durch Zivilgerichte erster Instanz und eine möglicherweise zu verhängende Zivilstrafe gegen die Krankenhausleitung.

Von allen in dieser Studie vorgestellten Regulierungsmodellen – dies kann bereits im Vorgriff auf die nachfolgenden Kapitel festgestellt werden – dürfte das Regulierungsmodell des Bundesstaates Victoria das differenzierteste und dennoch am klarsten strukturierte Modell sein. Allerdings sollte es unbedingt vor dem bereits angesprochenen Hintergrund der besonderen Bedingungen in Australien betrachtet werden, insbesondere der langen Tradition staatlicher Regulierung der Arbeitsbeziehungen und dem Umstand, dass es sich um ein staatliches Gesundheitssystem handelt, in dem sich mehr als 90% der Betten in Allgemeinkrankenhäusern in staatlicher Trägerschaft befinden.

Das Regulierungsmodell des Bundesstaates Queensland

Die Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erfolgt in Queensland nicht nur durch Gesetz und Verordnung, sondern in besonderem Maße auch durch untergesetzliche Regelungen, die durch das Gesundheitsministerium vorgegeben werden, sowie tarifvertragliche Vereinbarungen, die zwischen der Regierung des Bundesstaates, vertreten durch das Gesundheitsministerium, und den maßgeblichen Gewerkschaften abgeschlossen werden.

Bis Mitte 2016 gab es konkrete Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegebereich der Krankenhäuser nur in untergesetzlichen Regelungen und tarifvertraglichen Vereinbarungen. Mitte 2016 wurde in das Gesetz über den staatlichen Gesundheitsdienst (Hospital and Health Board Act 2011) ein neuer Abschnitt „Minimum nurse-to-patient ratios, midwife-to-patient ratios and workload standard“ eingefügt, der allgemeine Vorschriften zur Personalausstattung und eine Ermächtigung des Ministeriums zum Erlass einer Verordnung enthält, in der u.a. auch für alle staatlichen

Gesundheitseinrichtungen die Anforderungen an eine Mindestbesetzung in Form von Nurse-to-Patient Ratios bestimmt werden sollten. Darüber hinaus ermächtigte das Gesetz die Regierung, einen verbindlichen Workload Standard vorzugeben, in dem Vorgaben zur Personalplanung und Vorhaltung von Pflegepersonal gemacht werden.

Der Entschluss, Minimum Nurse-to-Patient Ratios durch staatliches Recht vorzugeben, wurde unter Verweis auf die internationale Forschung damit begründet, dass nach Überzeugung der Regierung des Bundesstaates die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals einen deutlichen Einfluss auf die Patientengesundheit haben (Queensland Department of Health 2015). Durch die Vorgabe von Minimum Nurse-to-Patient Ratios könne (ebd.: 1):

- die Gesundheit der Patienten insgesamt besser geschützt werden, insbesondere
- die Patientensterblichkeit gesenkt
- die Patientenzufriedenheit erhöht
- die Rate der postoperativen Komplikation und Wiederaufnahmen reduziert werden und
- zudem würde auch die Personalgewinnung und Personalbindung verbessert.

Inhalte der staatlichen Regulierung

Das Gesetz legt fest, dass als „Nurse“ im Sinne des Gesetzes Registered Nurses und Enrolled Nurses gelten und für die Erfüllung der Anforderungen nur Pflegekräfte berücksichtigt werden dürfen, die mindestens einen Patienten direkt zu versorgen haben.

Die Verordnungsermächtigung ist verbunden mit dem Hinweis, dass das Ministerium einzelnen Einrichtungen eine zeitlich befristete Ausnahme von der Erfüllung der Anforderungen gewähren kann. Ausnahmen können von der Erfüllung der Anforderungen insgesamt oder einzelner Vorschriften gewährt werden. Eine Ausnahmegenehmigung ist an Bedingungen zu knüpfen und darf nur für maximal drei Monate erteilt werden. Eine einmalige Verlängerung um höchstens drei Monate ist möglich. Insgesamt darf eine Ausnahmegenehmigung für nicht mehr als sechs zusammenhängende Monate gewährt werden. Die relativ kurzen Fristen sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass es bereits seit längerem auf der Ebene von tarifvertraglichen Vereinbarungen Regelungen zur Personalbesetzung im Pflegedienst gab. Die Regierung erwartete aufgrund einer Modellrechnung für den gesamten Bundesstaat durch die geplanten Ratios im ersten Jahr der Einführung lediglich einen Perso-

nalzuwachs in Höhe von ca. 250 zusätzlichen RNs oder ENs (Queensland Parliamentary Committees 2016: 32).

Zusätzlich zur Verordnungsermächtigung enthält das Gesetz die Anforderung an das Ministerium, einen für die Krankenhäuser verbindlichen Standard zum „nursing and midwifery workload management“ vorzugeben und die Einrichtungen zu verpflichten, dem Ministerium Informationen zur Umsetzung und Einhaltung des Standards zu übermitteln. Das Ministerium kann diese Informationen der Öffentlichkeit zugänglich machen, beispielsweise auf der Internetseite des Ministeriums.

Die auf Grundlage des Gesetzes erlassene Verordnung (Hospital and Health Board Regulation 2012) enthält Vorschriften zu mehreren verschiedenen Regelungsmaterien, darunter in Teil 6A, Sektion 30B auch Nurse-to-Patient Ratios für den Pflegedienst der staatlichen Krankenhäuser. Die vorgegebenen Mindestbesetzungen gelten seit dem 01. Juli 2016 einheitlich für alle Normalstationen für Erwachsene in staatlichen Akutkrankenhäusern, unabhängig von der Art der Fachabteilung. Sie sind lediglich nach Arbeitsschichten differenziert. Vorgegeben sind:

- in der Frühschicht eine Besetzung von 1:4
- in der Spätschicht eine Besetzung von 1:4
- in der Nachtschicht eine Besetzung von 1:7.

Ergibt die Division der Zahl der Patienten durch die vorgegebene Ratio eine ungerade Zahl an Pflegekräften, ist auf die nächste volle Zahl auf- oder abzurunden.

Betrachtet man nur die entsprechenden Vorschriften in Gesetz und Verordnung, erscheint das Regulierungssystem vergleichsweise ‚sparsam‘ ausgestaltet. Wie eingangs erwähnt, erfolgt die Regulierung aber zu einem erheblichen Teil durch ein komplexes System untergesetzlicher Vorschriften. Darin sind u.a. auch Nurse-to-Patient Ratios und andere Vorgaben für die Bereiche enthalten, die eine höhere als die in der Verordnung vorgegebene Personalbesetzung erfordern (beispielsweise Intensivstationen, Pädiatrie). Die wichtigsten untergesetzlichen Vorschriften sind:

- staatliche Rahmenvorgaben zu Anforderungen an die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen (Clinical services capability framework, CSCF) (Queensland Department of Health 2016a)
- ein Rahmenkonzept für die strategische Planung und Evaluation der pflegerischen Leistungen eines Krankenhauses (Business planning framework. A tool for nursing workload management) (Queensland Department of Health 2008) und

- ein Standard für die Personalplanung im Pflegebereich des Krankenhauses (Nursing and Midwifery Workload Management Standard) (Queensland Department of Health 2016c).

Clinical services capability framework (CSCF)

Staatliche Rahmenvorgaben zu Anforderungen an die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen wurden erstmals 1994 und zunächst nur für die staatlichen Krankenhäuser erlassen. Im Jahr 2002 wurden analoge Rahmenvorgaben auch für private Krankenhäuser eingeführt, und seit 2005 gelten einheitliche Rahmenvorgaben für staatliche und private Krankenhäuser (Queensland Department of Health 2014a). Das Regelwerk wird in mehrjährigen Abständen überarbeitet und aktualisiert. Die Weiterentwicklung erfolgt unter Einbeziehung verschiedenster Interessengruppen, darunter auch der Organisationen des Pflegepersonals.

Das Regelwerk ist modular aufgebaut und nach einzelnen Leistungsbereichen gegliedert (Queensland Department of Health 2016b). Den Modulen vorangestellt sind allgemeine Grundsätze und Erläuterungen sowie Hinweise zur Anwendung (Queensland Department of Health 2014a). Die im CSCF festgelegten Anforderungen orientieren sich an der Gesetzgebung, an Leitlinien, Benchmarks und maßgeblichen Standards von Fachgesellschaften.

Die in den Modulen festgelegten Anforderungen sind nach sechs Versorgungsstufen differenziert. Vom niedrigsten Level 1 bis zum Level 6 (Einrichtungen für Patienten mit hochkomplexen Problemen). Jedes Modul enthält zunächst eine Beschreibung der im jeweiligen Bereich zu erbringenden Leistungen und legt danach detailliert die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität fest, darunter auch die Anforderungen an die personelle Ausstattung, vor allem hinsichtlich der geforderten Qualifikation, teilweise aber auch mit Vorgaben zur Anzahl des Personals, differenziert nach ärztlichem Dienst, Pflegedienst und sonstigen Dienstarten. Abschließend werden die Quellen genannt, auf denen die im Modul definierten Anforderungen basieren. In der Regel sind dies vor allem die Empfehlungen der maßgeblichen medizinischen und pflegerischen Fachgesellschaften.

Mehrere Module enthalten auch konkrete Vorgaben zur Anzahl des Pflegepersonals, in der Regel als Mindestbesetzung für eine Einheit (z.B. Normalstationen Neonatologie, Notaufnahme). Für Intensivstationen (Erwachsene und Kinder) werden hingegen Vorgaben in Form von Nurse-to-Patient Ratios gemacht (Queensland Department of Health 2014b, 2014c). Gefordert wird:

- Alle Pflegekräfte, die für die direkte Patientenversorgung verantwortlich sind, müssen RN sein.

- Für alle beatmeten und ähnlich schwerkranken Patienten ist eine Nurse-to-Patient Ratio von 1:1 einzuhalten.
- Für je vier Patienten, die eine 1:1 Personalbesetzung erfordern, ist als Unterstützung für die in der direkten Pflege tätigen RNs eine zusätzliche RN vorzuhalten.
- Wenn ein Patient auf die Intensivstation neu aufgenommen wird, müssen mindestens zwei RNs für ihn verfügbar sein.

Alle staatlichen und zugelassenen privaten Einrichtungen sind verpflichtet, dem Gesundheitsministerium über die Einhaltung der Anforderungen zu berichten (Queensland Department of Health 2014a). Die Berichtspflicht ist Teil der jeweiligen, zwischen Gesundheitsministerium und Einrichtung abgeschlossenen Vereinbarung über die Leistungserbringung und Finanzierung.

Tarifvertragliche Regulierung

Eine sehr wichtige Rolle im Regulierungssystem spielen tarifvertragliche Vereinbarungen zwischen Regierung und Gewerkschaften, in denen nicht nur Gehaltstarife und deren Erhöhung geregelt werden, sondern wesentlichen Elemente der Arbeitsbedingungen insgesamt. Die Verträge werden in mehrjährigem Abstand neu verhandelt und aktualisiert. Verhandlungspartner sind für die Arbeitgeber das Gesundheitsministerium und für die Beschäftigten die Queensland Nurses' Union sowie die Australian Workers' Union of Employees (Queensland). Kann in den Verhandlungen keine Einigung erzielt werden, entscheidet die Queensland Industrial Relations Commission (QIRC) mit einem Schiedsspruch.

Der derzeit geltende zentrale Tarifvertrag für Pflegepersonal in staatlichen Einrichtungen enthält außer den Gehaltsstrukturen und den Tarifgehältern auch Regelungen zu Arbeitszeiten, dem Jahresurlaub und andere Arten der bezahlten Abwesenheit, sowie allgemeine Grundsätze der Dienstplangestaltung, Pausenzeiten, Regelungen zur Fort- und Weiterbildung etc. Im Abschnitt „Workload Management“ (Part 11) sind allgemeine Grundsätze für die Ermittlung des Personalbedarfs und die Personaleinsatzplanung festgelegt:

- Alle staatlichen Gesundheitseinrichtungen haben die Berechnung des Personalbedarfs und die Organisation des Personaleinsatzes auf Grundlage eines als verbindlich vorgegebenen methodischen Konzepts vorzunehmen, „Business Planning Framework“ (BPF) genannt.
- Für jede klinische Einheit ist auf Grundlage des zeitlichen Pflegebedarfs pro Patient und Tag (hours per patient day) der Personalbedarf zu ermitteln, gegebenenfalls auch als Nurse-to-Patient Ratio. Leitende Grundsätze für die Personalbedarfsermittlung haben die Sicher-

heit der Patienten und die Nachhaltigkeit der Arbeitsbedingungen zu sein.

- Die Ermittlung des Personalbedarfs hat für jeden Tag und jede Schicht zu erfolgen.
- Jede Einrichtung hat ein ‚integriertes Bettenbelegungsmanagement‘ vorzuhalten und die Zahl der maximal belegbaren Betten ist für jeden einzelnen Tag auf Grundlage der laut Dienstplan tatsächlich verfügbaren Netto-Arbeitszeit der vorhandenen Pflegekräfte zu ermitteln.
- Jede Einrichtung hat ein „Workload Committee“ oder ein „Nursing and Midwifery Consultative Forum“ einzurichten, das mit Vertretern der Unternehmensleitung und der zuständigen Gewerkschaften besetzt wird. Das Komitee ist für die Klärung von Problemen und Beschwerden im Zusammenhang mit der Personalbesetzung zuständig und kann externen Sachverstand in seine Beratungen einbeziehen.
- Gibt es Beschwerden über eine unzureichende Personalbesetzung, sind diese in einem fünfstufigen Verfahren zu klären. Jede einzelne Pflegekraft kann eine Beschwerde anmelden. Der Prozess einer Klärung und Lösung des Problems beginnt auf der Ebene der betreffenden klinischen Einheit (Station etc.) und führt dann zur Leitung des Pflegedienstes. Kann in diesem zweiten Schritt keine Einigung erzielt werden, ist das Problem dem Komitee vorzulegen, und kann auch dieses sich nach Einbeziehung externen Sachverständigen nicht auf eine Lösung einigen, entscheidet in letzter Instanz die Queensland Industrial Relations Commission (QIRC) mit einem für alle verbindlichen Schiedsspruch.

Business planning framework

Das für die Personalplanung und Ermittlung des Personalbedarfs verbindliche Rahmenkonzept wurde gemeinsam vom Gesundheitsministerium und der Queensland Nurses' Union entwickelt und vereinbart und 2001 erstmalig veröffentlicht (Queensland Department of Health 2008: vii). Seit 2003 ist es durch einen Schiedsspruch der QIRC als verbindlich von allen staatlichen Gesundheitseinrichtungen anzuwenden vorgegeben (Queensland Department of Health 2008).

Es ist keineswegs nur ein Instrument der Personalbedarfsermittlung wie beispielsweise die deutsche Pflege-Personalverordnung oder Psychiatrie-Personalverordnung, sondern ein relativ umfassendes Managementkonzept für die strategische Unternehmensplanung, das auf ca. 130 Seiten ausgehend von der geltenden strategischen Planung des Bundesstaates Queensland und einer Analyse der gegenwärtigen und zukünftigen Versorgungsbedarfe sowie der Organisationsumwelt in mehreren Schritten die Analyse des Status Quo und Ermittlung einer

angemessenen Personalausstattung und Berechnung des dafür erforderlichen Budgets anleiten soll. Ziel und Zweck ist nicht nur die Sicherstellung einer die Patientengesundheit schützenden Personalbesetzung in der Gegenwart, sondern auch die Sicherstellung eines ausreichenden Angebots an qualifizierten Pflegekräften in der Zukunft. Dazu passend werden auch Themen wie Personalgewinnung und dauerhafte Personalbindung, Work-Life-Balance, Ausbildung und Weiterbildung behandelt.

Für die Ermittlung des Personalbedarfs enthält es für die verschiedenen Abteilungen und Bereiche eines Krankenhauses konkrete Richt- oder Orientierungswerte, einschließlich exemplarischer Netto-Arbeitszeiten je Vollkraft und einzelner Berechnungsschritte bis hin zur Ermittlung von durchschnittlichen Ausfallzeiten je Vollkraft.

In Anbetracht des Umstandes, dass es verbindlich von allen staatlichen Krankenhäusern anzuwenden ist, konkrete Schritte der Personalbedarfsermittlung enthält und Entscheidungsgrundlage der Workload Committees ist, scheint dem Business Planning Framework eine zentrale Stellung bei der Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der staatlichen Krankenhäuser im Bundesstaat Queensland zuzukommen.

Nursing and Midwifery Workload Management Standard

Durch den Hospital and Health Boards Act 2011 (section 138E) wurden alle Krankenhäuser und sonstigen Gesundheitseinrichtungen verpflichtet, einen vom Gesundheitsministerium zu entwickelnden Workload Management Standard einzuhalten. Der Standard wurde im Juni 2016 erlassen. Er basiert explizit auf dem Business Planning Framework und folgt ihm in wesentlichen Linien (Queensland Department of Health 2016c):

- Für jedes Krankenhaus und jede Organisationseinheit, in der Pflegekräfte tätig sind, ist ein Organisationsprofil zu erstellen und allen Pflegekräften zugänglich zu machen. Insofern haben alle Pflegekräfte Zugang zu dem mit dem Ministerium vereinbarten Stellenplan und können Differenzen erkennen und gegebenenfalls im Rahmen einer Beschwerde thematisieren. Das Organisationsprofil ist auch dem Nursing and Midwifery Consultative Forum (NMCF) vorzulegen.
- Sofern die Ermittlung des Personalbedarfs nicht auf Grundlage von Nurse-to-Patient Ratios erfolgt, hat sie auf Grundlage des Pflegezeitbedarfs der Patienten und der Netto-Arbeitszeit (abzüglich Ausfallzeiten) des Pflegepersonals (Vollkräfte) zu geschehen.
- Die durch Gesetz und Verordnung vorgegebene Qualifikationsstruktur ist einzuhalten. Basierend auf den gesetzlichen Vorgaben hat das NMCF dem Gesundheitsministerium Empfehlungen für den Qualifika-

tionsmix auf jeder einzelnen Station vorzulegen. Werden die Empfehlungen vom Ministerium nicht akzeptiert, hat es die Gründe hierfür schriftlich mitzuteilen. Erreicht eine Station den empfohlenen Qualifikationsmix nicht, so hat es einen Plan vorzulegen, wie die Zielerreichung innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens gewährleistet werden soll.

- Die Berechnung der maximal belegbaren Betten hat für jeden einzelnen Tag auf Grundlage der tatsächlich verfügbaren Netto-Arbeitszeit des im Dienstplan vorgesehenen Pflegepersonals zu erfolgen.
- Um die Sicherheit und Qualität der Patientenversorgung sicherzustellen, hat jede Einrichtung eine Evaluation der Leistungen vorzunehmen. Dazu ist ein Konzept zur Berichterstattung zu entwickeln und es sind ein BPF-Steuerungskomitee und ein NMCF einzurichten. Für die Berichterstattung ist eine standardisierte Leistungs-Scorecard zu verwenden, die vom Ministerium genehmigt werden muss und insbesondere auch Informationen zur Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals sowie Angaben zur Ergebnisqualität enthält.
- Es ist von jedem Krankenhaus mindestens vierteljährlich ein „Workload Report“ zu erstellen, der dem Consulting Forum des betreffenden Krankenhauses vorzulegen und dem Ministerium für Zwecke der Veröffentlichung zu übermitteln ist.

Für Fälle der Überlastung von Pflegepersonal etabliert der Standard ein Beschwerde- und Konfliktregulierungssystem, das deutlich erkennbar dem fünfstufigen Modell der tarifvertraglichen Vereinbarung nachempfunden ist:

- *Stufe 1:* Meldet eine Pflegekraft Bedenken wegen zu hoher Arbeitsbelastung an, hat sie das zunächst auf der Stationsebene gegenüber der unmittelbaren Vorgesetzten anzusprechen. Eine Lösung des Problems soll innerhalb von 24 Stunden erfolgen.
- *Stufe 2:* Gelingt dies nicht, ist eine Besprechung zwischen Vertretern der Gewerkschaft und der Pflegedirektion anzusetzen und eine Problemlösung zu vereinbaren.
- *Stufe 3:* Wird das Problem auf dieser Stufe nicht innerhalb von sieben Tagen gelöst, ist eine Besprechung zwischen der Pflegedirektion, der Gewerkschaft und dem Ministerium anzuberaumen. Darüber hinaus ist die Beschwerde in der nächsten Sitzung des Workload Management Committee oder Nursing and Midwifery Forum vorzulegen.
- *Stufe 4:* Kann das Problem auch auf der Stufe 3 des Konfliktregulierungssystems nicht gelöst werden, beruft das Ministerium innerhalb von sieben Tagen ein Expertengremium ein, das mit Fachleuten besetzt ist, die jeweils zur Hälfte vom Ministerium und von der Gewerk-

schaft benannt werden. Das Expertengremium soll eine Empfehlung aussprechen, die einen Zeitrahmen zur Umsetzung der Empfehlung beinhaltet und innerhalb von drei Tagen zu veröffentlichen und den beteiligten Akteuren mitzuteilen ist.

- *Stufe 5*: Ist eine der Konfliktparteien mit der Empfehlung nicht einverstanden oder kann sich das Expertengremium nicht auf eine gemeinsame Empfehlung einigen, kann eine der Konfliktparteien die Queensland Industrial Relations Commission anrufen, die eine endgültige Entscheidung trifft.

Diskussion

Der Bundesstaat Queensland hat – ähnlich wie Kalifornien und Massachusetts – sein Gesundheitsministerium durch Gesetz ermächtigt, Minimum Nurse-to-Patient Ratios vorzugeben, und nicht wie Victoria die Verhältniszahlen und sonstigen Regulierungen bereits im Gesetz festgelegt. Die daraufhin erlassene Verordnung enthält nur eine einzige, nach drei Arbeitsschichten differenzierte, Vorgabe zu Mindestbesetzungen für alle Normalstationen für Erwachsene. Das geltende Regulierungssystem umfasst allerdings erheblich mehr als nur diese wenigen Regelungen in der Verordnung. Der weit überwiegende Teil der Vorschriften findet sich in drei zentralen und zum Teil sehr umfangreichen und detaillierten Rahmenregelungen: dem Clinical Service Capability Framework, dem Business Planning Framework und dem Nursing and Midwifery Workload Management Standard.

Darüber hinaus enthält auch der geltende Tarifvertrag für Pflegepersonal in staatlichen Krankenhäusern – so wie dies in Australien offenbar die Regel ist – umfangreiche Regelungen zur Personalplanung und zum Personaleinsatz. Dort findet sich beispielsweise auch die Verpflichtung der Krankenhäuser, eine paritätisch von Krankenhausleitung und Gewerkschaften besetzte Kommission einzurichten, die ähnliche Funktionen wahrzunehmen hat, wie die in Victoria anzutreffenden Kommissionen. Auch das im Tarifvertrag vorgesehene System der Überwachung und Konfliktregulierung für den Fall von Verstößen gegen die Vorschriften des Tarifvertrages ähnelt deutlich erkennbar dem bereits für Victoria beschriebenen.

Insgesamt ähnelt das Regulierungssystem des Bundesstaates Queensland in vielen Punkten dem des Bundesstaates Victoria. Allerdings ist das System Queenslands erheblich komplexer strukturiert und für Außenstehende deutlich schwieriger nachzuvollziehen als das System des Bundesstaates Victoria. Insofern dürfte es als Orientierung für andere Staaten, die die Personalbesetzung im Pflegedienst der Kran-

kenhäuser durch staatliches Recht regulieren wollen, nur sehr eingeschränkt geeignet sein. Nicht zuletzt auch das starke Gewicht tarifvertraglicher Vereinbarungen im Regulierungssystem dürfte das Modell wenig geeignet für Übertragungen auf Staaten erscheinen lassen, die eine deutlich heterogenere Struktur der Krankenhausträgerschaft aufweisen. Wie bereits angesprochen, lässt sich in einem Staat, dessen Krankenhausbetten in Allgemeinkrankenhäusern zu über 90% in staatlichen Kliniken stehen, sehr viel und sehr Weitgehendes über Tarifverträge regulieren. Anders sieht es in Staaten aus, die einen deutlich niedrigeren Anteil von Krankenhausbetten in staatlicher Trägerschaft aufweisen, wie dies beispielsweise in den USA und in Deutschland der Fall ist.

Regulierung durch Tarifverträge: Das Beispiel New South Wales

In den vier australischen Bundesstaaten, die bislang keine gesetzliche Regulierung vorgenommen haben, bestehen seit langem tarifvertragliche Vereinbarungen, die neben Gehältern, Arbeitszeiten etc. auch Grundsätze der Dienstplangestaltung und Vorgaben zur Personalbesetzung beinhalten. Dies sind New South Wales (IRC NSW 2015), South Australia (Government of South Australia/ANMF SA 2010), Tasmania (Tasmanian Government/Australian Nursing and Midwifery Federation/Health Services Union 2014) und Western Australia (WA Health/Australien Nursing Federation 2013).²⁶ Darüber hinaus bestehen auch in den der Bundesregierung unterstehenden Territorien entsprechende Tarifverträge, wie beispielsweise für das Territorium der Hauptstadt Canberra (ACT Health/Australian Nursing and Midwifery Federation/Health Services Union 2013).²⁷ Die Tarifverträge folgen im Wesentlichen gleichen Grundsätzen und sollen darum nicht alle ausführlich dargestellt werden. Die Grundsätze und Grundlogik des Regulierungsansatzes wird vielmehr stellvertretend am Beispiel von New South Wales vorgestellt.

26 Der Tarifvertrag läuft zum 30.11.2016 aus, er wurde vor kurzem durch eine Entscheidung der Tasmanian Industrial Commission in Teilen geändert, die Vorschriften zur Personalbesetzung waren davon jedoch nicht betroffen (TIC 2014).

27 Canberra genießt den Status eines eigenen Territoriums, „Australian Capital Territory (ACT)“ genannt.

Inhalte der tarifvertraglichen Vereinbarungen

In New South Wales (NSW) existieren keine gesetzlichen Vorgaben zur Personalbesetzung des Pflegebereichs in Krankenhäusern. Fragen der Personalbesetzung werden im Rahmen des Tarifvertragssystems reguliert. Die aktuell für alle staatlichen Krankenhäuser geltende Entscheidung der Industrial Relations Commission NSW enthält Vorgaben sowohl zur Anzahl als auch zur Qualifikation des Pflegepersonals (IRC NSW 2015).²⁸

Anders als in Victoria und Queensland stehen dabei jedoch nicht Nurse-to-Patient Ratios im Mittelpunkt, sondern ein System der Personalbedarfsermittlung, das auf festgelegten Pflegezeiten je Patient und Tag aufbaut, den so genannten „Nursing Hours Per Patient Day“ (NHPPD). NHPPD sind Durchschnittswerte und nach Versorgungsstufen der Krankenhäuser und Fachabteilungen differenziert. Sie werden für die Personaleinsatzplanung für eine Woche eingesetzt. Da sie nicht jeden Tag und jede Schicht einzuhalten sind, kann die Personalbesetzung zwischen den Schichten und den einzelnen Wochentagen entsprechend des Arbeitsanfalls variieren. Damit soll ein höheres Maß an Flexibilität im Personaleinsatz erreicht werden. Die geltende Regelung sieht allerdings auch vor, dass statt der NHPPD auch Nurse-to-Patient Ratios verwendet werden können. Dazu sind die einzelnen NHPPD in Ratios umgerechnet.²⁹

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die wichtigsten Regelungen des geltenden IRC Award gegeben (IRC NSW 2015: Abschnitt 53):

- *Tragende Überzeugungen:* Das Regulierungssystem baut explizit auf der Grundüberzeugung auf, dass eine vertretbare Arbeitsbelastung (reasonable workload) erforderlich ist, damit Pflegekräfte eine den gegenwärtigen und zukünftigen Patientenbedarfen entsprechende Pflege durchführen können. Die Verantwortung für die Gewährleistung vertretbarer Arbeitsbelastung wird ausdrücklich dem Arbeitgeber zugeschrieben. Die IRC Entscheidung legt auch fest, was als vertretbare oder nicht vertretbare Arbeitsbelastung gilt.
- *Geltungsbereich der NHPPD:* NHPPD sind nur für einen Teil der Stationen und Einheiten vorgegeben (vgl. Tabelle 3). Nicht erfasst sind beispielsweise alle Arten von Intensivstationen, tagesklinische Statio-

28 „NSW Public Health System Nurses’ and Midwives’ (State) Award 2015“

29 Auch der Mitte 2016 neu verhandelte Tarifvertrag für South Wales sieht sowohl NHPPD als auch Nurse-to-Patient Ratios vor. Zudem wurde die Zahl der Bereiche mit NHPPD und analogen Ratios gegenüber dem seit 2013 geltenden Vertrag noch einmal erweitert (SA Health/ANMF SA 2016).

nen, Pädiatrie, Geburtshilfestationen und Kreißsäle, an Notfallaufnahmen angeschlossene Aufnahmestationen etc.

- *Anrechenbarkeit von Personal*: Für die Erfüllung der Anforderungen dürfen nur Pflegekräfte angerechnet werden, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind. Führungskräfte sind ausdrücklich ausgenommen, auch Stationsleitungen dürfen nicht angerechnet werden.³⁰
- *Zahl der Patienten*: Die für die Personalbedarfsberechnung zu verwendende Zahl der Patienten ist als Jahresdurchschnittswert aus der Bettenbelegungsstatistik zu entnehmen, relevante jahreszeitliche Schwankungen sind allerdings zu berücksichtigen.
- *Information des Personals über die NHPPD*: Die Information über den mittels NHPPD errechneten Personalbedarf ist allen Pflegekräften zugänglich zu machen.
- *Reasonable Workload Committee*: In jedem Krankenhaus ist ein „Reasonable Workload Committee“ (RWC) einzurichten, das zu gleichen Teilen mit Vertretern des Arbeitgebers und der Gewerkschaft besetzt ist. Es dient als Ort der Konsultation über Fragen der Arbeitsbelastung und soll dem Management Ratschläge und Empfehlungen geben, insbesondere auch in Bezug auf die Planung der Schließung und Wiedereröffnung von Betten. Es soll bei Konflikten eine informierte Diskussion ermöglichen und Instanz der Konfliktlösung sein. Das RWC sollte ein strukturiertes und transparentes Forum für alle Pflegekräfte schaffen, dass ihnen eine Beteiligung an Entscheidungsprozessen ermöglicht.
- *Problemlösungen bei Unterbesetzung*: Wenn in einer Schicht der Pflegebedarf der Patienten mit dem vorhandenen Personal nicht gedeckt werden kann und zusätzliche Pflegekräfte erforderlich sind, hat die Stationsleitung die zuständige Pflegedienstleitung zu informieren, die für eine Lösung des Problems zu sorgen hat. Als mögliche Lösungen werden u.a. genannt: Einsatz zusätzlicher Teilzeitkräfte, Überstunden, Priorisierung von Pflegemaßnahmen oder Verlegung von Patienten auf andere Stationen, die ausreichend besetzt sind. Kann das Problem nicht anders gelöst werden, ist gegebenenfalls

30 Zum Verständnis: Stationsleitungen (Nursing Unit Manager, NUM) sind üblicherweise nicht mehr in der unmittelbaren Pflege von Patienten tätig, sondern nur noch im Management der Station, was nicht nur die Personaleinsatzplanung und Dienstplanerstellung beinhaltet, sondern auch verschiedene andere Aufgaben wie beispielsweise die Koordination der verschiedenen Dienste auf Station einschließlich Reinigungsdienst, Patientenverpflegung etc. Beim Vergleich mit den Verhältnissen in deutschen Krankenhäusern ist vor allem zu bedenken, dass das Personalmanagement bei der erheblich höheren Personalausstattung auch deutlich anspruchsvoller ist.

von der Krankenhausleitung ein Aufnahmestopp für die betroffene Station anzuordnen.

- *Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben:* Das RWC kann jederzeit im Rahmen von stichprobenartigen Überprüfungen eine schriftliche Anfrage an Stationsleitungen richten, in der diese Auskunft über die Einhaltung der Vorgaben zu geben haben. Kommt die RWC zu dem Ergebnis, dass eine Unterdeckung der erforderlichen Personalbesetzung besteht, hat die Krankenhausleitung umgehend Maßnahmen zur Behebung des Defizits einzuleiten.
- *Monitoring und Berichterstattung:* Jedes öffentliche Krankenhaus hat ein zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaft vereinbartes System des Monitorings für die Umsetzung und Einhaltung der Regelungen anzuwenden und monatliche sowie jährliche Berichte über die Umsetzung dem RWC vorzulegen.
- *Verfahren bei Beschwerden:* Eine Beschwerde über eine zu hohe Arbeitsbelastung sollte zunächst auf der Ebene der betreffenden Station oder Einheit mit der zuständigen Leitungskraft erörtert werden. Ist auf dieser Ebene keine Lösung möglich, sollte das Problem der Pflegedirektion vorgelegt werden. Kann auch auf dieser Ebene keine Lösung gefunden werden, ist das Problem der RWC vorzulegen. Kann auch sie keine Lösung erreichen, ist in Konsultationen zwischen der Gewerkschaft und gegebenenfalls dem Ministerium nach einer Lösung zu suchen. Scheitert auch dieses, kann das Problem der Industrial Relations Commission zur Entscheidung vorgelegt werden.

Über die in Tabelle 3 aufgeführten Stationen und Einheiten hinaus wird auch die Personalbesetzung in weiteren Bereichen wie beispielsweise der Notaufnahme geregelt, allerdings nur mit allgemeinen Hinweisen zum Vorgehen und nur zum Teil mit genauer Angabe von Zahlen.

Bei der Betrachtung der NHPPD und Nurse-to-Patient Ratios zeigt sich eine deutliche Nähe zu den vorgegebenen Personalbesetzungsstandards in Victoria und Queensland. Allerdings werden in der tariflichen Vereinbarung in NSW deutlich weniger Fachabteilungen und Einheiten mit konkreten NHPPD oder Nurse-to-Patient Ratios erfasst.

Zur Veranschaulichung der Methodik enthält die Regelung auch Beispiele der Personaleinsatzplanung für eine Woche auf einer Normalstation mit 26 durchschnittlich belegten Betten (Tabelle 4).

Tabelle 3: Nursing-Hours-Per-Patient-Day (NHPPD) und Nurse-to-Patient-Ratios (NtPR) im Bundesstaat New South Wales (Australien)

Normalstationen	
Krankenhäuser Peer Group A	6,0 NHPPD oder NtPR für die Frühschicht 1:4, Spätschicht 1:4, Nachtschicht 1:7
Krankenhäuser Peer Group B	5,5 NHPPD oder NtPR Frühschicht 1:4, Spätschicht 1:5, Nachtschicht 1:7
Krankenhäuser Peer Group C	6,0 NHPPD oder NtPR für die Frühschicht 1:5, Spätschicht 1:5, Nachtschicht 1:7
Palliativstationen	5,0 NHPPD oder NtPR für die Frühschicht 1:4, Spätschicht 1:4, Nachtschicht 1:7
Rehabilitationsstationen	5,0 NHPPD oder NtPR für die Frühschicht 1:5, Spätschicht 1:5, Nachtschicht 1:7
Psychiatrische Stationen (Erwachsene) in Allgemeinkrankenhäusern	6,0 NHPPD oder NtPR für die Frühschicht 1:4, Spätschicht 1:4, Nachtschicht 1:7
Psychiatrische Stationen (Erwachsene) in psychiatrischen Fachkrankenhäusern	5,5 NHPPD oder NtPR für die Frühschicht 1:4, Spätschicht 1:5, Nachtschicht 1:7
OP	
Operationssaal	1 OP-Pflegefachkraft + 1 Springer ¹ + 1 Anästhesiepflegekraft je OP-Saal

Anmerkungen: Peer Groups sind eine den deutschen Versorgungsstufen vergleichbare Einteilung der Krankenhäuser. Peer Group A ist die höchste Versorgungsstufe. Die Zuordnung der Krankenhäuser zu einer Peer Group erfolgt durch das Gesundheitsministerium.

1) geforderte Qualifikation: mindestens Enrolled Nurse

Quelle: IRC NSW (2015), eigene Darstellung.

Tabelle 4: Personaleinsatzplanung – Beispieltabelle 1 (New South Wales)

NHPPD	6	<i>erfordern folgende Pflegezeit in Stunden:</i>	Durchschnittliche Stunden pro Tag	156
Anzahl der Patienten	26		Stunden pro Woche	1092

	Frühschicht			Spätschicht			Nachtschicht		Stunden insgesamt
	Anzahl Personal	Vergleichbare Ratio	Schichtleitung ohne Aufgaben in der direkten Pflege	Anzahl Personal	Vergleichbare Ratio	Schichtleitung ohne Aufgaben in der direkten Pflege	Anzahl Personal	Vergleichbare Ratio	
Schichtdauer in Stunden	8		8	8		8	10		
Montag	7	1:3,7	0	7	1:3,7	1	4	1:6,5	152
Dienstag	7	1:3,7	0	7	1:3,7	1	4	1:6,5	152
Mittwoch	6,5	1:4	0	6	1:4,3	1	4	1:6,5	152
Donnerstag	7	1:3,7	0	7	1:3,7	1	4	1:6,5	152
Freitag	7	1:3,7	0	7	1:3,7	1	4	1:6,5	152
Samstag	6	1:4,3	1	6	1:4,3	1	4	1:6,5	152
Sonntag	6	1:4,3	1	6	1:4,3	1	4	1:6,5	152
							Stunden pro Woche:		1092

* In diesem Beispiel wurde eine von der direkten Pflege freigestellte Pflegekraft in einigen Schichten als Schichtleitung eingeplant. Wird keine für die Schichtleitung freigestellte Pflegekraft eingeplant, würde das Stundenvolumen zusätzlich für die direkte Pflege zur Verfügung stehen.

Quelle: Public Health System Nurses' and Midwives' (State) Award 2015 (IRC NSW 2015: 66); eigene Übersetzung.

Diskussion

Im Zentrum der tarifvertraglichen Regulierung in New South Wales – wie auch in anderen vergleichbaren Tarifverträgen in Australien – steht mit den Nursing Hours Per Patient Day ein standardisierter Pflegebedarf je Patient und Tag. Dies mag auf den ersten Blick wie ein vollkommen anderes System erscheinen als Nurse-to-Patient Ratios, es ist aber nur eine andere Maßangabe für ein und dasselbe. Dies wird auch daran erkennbar, dass in New South Wales beide Maßeinheiten nebeneinander angegeben werden. Sowohl Nurse-to-Patient Ratios als auch NHPPD sind Maßeinheiten für die Quantifizierung des Personalbedarfs. Im Fall der NHPPD wird er als Zeitwert pro Patient und Tag angegeben, im Fall der Nurse-to-Patient Ratios als relativer Anteil der für einen Patienten verfügbaren Arbeitszeit einer Pflegekraft pro Arbeitsschicht. Addiert man die Summe der NHPPD aller Patienten einer Station in einer Schicht, so ergibt dies ein Zeitvolumen, das entweder als Gesamtsumme der bei einer bestimmten Personalbesetzung verfügbaren Arbeitsstunden oder in Arbeitskräften je Arbeitsschicht ausgedrückt werden kann. Multipliziert man die Zahl der in der betreffenden Schicht eingesetzten Pflegekräfte mit der Dauer der Arbeitsschicht, ergibt dies die Gesamtsumme der in dieser Schicht verfügbaren Pflege-Arbeitszeit. Insofern handelt es sich bei Nurse-to-Patient Ratios und NHPPD im Kern um denselben Ansatz: Ein als notwendig für die bedarfsgerechte Versorgung der Patienten gesetztes Volumen an Arbeitszeit von Pflegekräften wird den Krankenhäusern als zwingend vorzuhaltende Personalbesetzung vorgegeben.

Anders als in den Regulierungsmodellen von Kalifornien, Massachusetts oder Victoria sind die im Tarifvertrag von New South Wales angegebenen Werte ausdrücklich als Durchschnittswerte ausgewiesen und wird den Krankenhäusern und Stationen die Möglichkeit der flexiblen Verteilung innerhalb einer Woche eingeräumt. Grundlage für die Personalbedarfsermittlung ist zudem nicht die Zahl der tatsächlich in jeder Schicht zu versorgenden Patienten, sondern die Zahl der im Jahresdurchschnitt belegten Betten. Im Kern bleibt es aber dennoch ein System, das von einem definierten durchschnittlichen Pflegebedarf je Patient ausgeht und sicherstellen soll, dass jederzeit eine ausreichende Personalbesetzung zur Verfügung steht.

Dementsprechend sieht auch das Regulierungsmodell in New South Wales die Einrichtung einer paritätisch durch die Krankenhausleitung und die Gewerkschaften besetzten Kommission vor, die den Personaleinsatz zu überwachen hat und gegebenenfalls korrigierend eingreift, wenn eine Unterbesetzung festgestellt wird. Auch in New South Wales ist ein formalisiertes Verfahren festgelegt, für den Fall, dass Arbeitsüber-

lastungen auftreten und entsprechenden Beschwerden von Beschäftigten nicht abgeholfen wird. Kann innerhalb des Krankenhaus keine Einigung erreicht werden, ist das Ministerium – in diesem Fall in seiner Funktion als oberster Dienstherr – einzuschalten und der Konflikt gegebenenfalls durch eine Entscheidung der Industrial Relations Commission beizulegen.

An dieser Stelle soll die Gelegenheit für einen Vergleich mit der Situation in Deutschland genutzt werden. Die NHPPD bieten, anders als die Nurse-to-Patient Ratios, die Möglichkeit eines direkten Vergleichs mit deutschen Standards der Personalbedarfsermittlung. Und ein solcher Vergleich offenbart, wie groß der Unterschied zwischen Deutschland und Australien bei den Personalbesetzungsstandards ist. Die über Jahrzehnte geltenden Anhaltszahlen der DKG von 1969, die teilweise auch heute noch verwendet werden, beinhalteten eine Pflegearbeitszeit je Patient und Tag von 101 Minute, also 1 Stunde 41 Minuten. Die auch heute noch in vielen Kliniken für die Personaleinsatzplanung eingesetzte und für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen verwendete Pflege-Personalregelung sieht für Erwachsene eine Spanne von 52 Minuten (A1/S1) bis 215 Minuten (A3/S3) pro Patient und Tag (nur Tagdienst, ohne Nachtdienst) plus einem für alle Patienten einheitlichen Pflegegrundwert von 30 Minuten pro Tag sowie einen einmaligen Fallwert von 70 Minuten für den Aufwand bei Aufnahme und Entlassung oder Verlegung vor. Legt man eine durchschnittliche Verweildauer von sieben Tagen zugrunde, so ergibt dies einen Gesamtwert pro Tag und Patient in Höhe von ca. 92 Minuten (ca. 1,5 Stunden) für relativ leichte Fälle bis maximal ca. 255 Minuten (ca. sechs Stunden) für Patienten mit sehr hohem Pflegebedarf. Für Patienten mit mittlerer Einstufung nach PPR (A2/S2) sieht die PPR einen Pflegezeitaufwand von 148 Minuten oder ca. 2,5 Stunden vor.³¹ Für Queensland sind hingegen 5-6 Stunden pro Tag als Norm und faktischer Durchschnittswert vorgegeben. Selbst wenn man berücksichtigt, dass in Queensland die Nachtschicht darin eingeschlossen ist, in der PPR nicht, so bleibt trotzdem noch eine Differenz von mehreren Stunden pro Patient und Tag.

Aus der deutschen Krankenhauspraxis wird zudem vielfach berichtet, dass dort, wo die PPR noch für interne Zwecke eingesetzt wird, der Richtwert für die Personalbesetzung erheblich unter dem ermittelten PPR-Wert liegt. Die zielgerichtete Unterschreitung ermittelter PPR-Minutenwerte gehört mittlerweile zum Standardrepertoire der Personalplanung in vielen deutschen Kliniken und wird in der Fachliteratur als „Me-

31 108 Minuten individueller Pflegebedarf + 30 Minuten Grundwert + einmalig 70 Minuten Fallwert.

thode PPR – X%“ bezeichnet (vgl. u.a. Bofinger/Dörfeldt/Tauch 2008: Kap. 06 02). Nach Berichten aus der Praxis werden dabei mittlerweile nicht selten Zielwerte von –20% oder –30% oder sogar noch höher angewendet.

Die übliche Besetzung im Nachtdienst von Normalstationen dürfte in deutschen Krankenhäusern, folgt man Berichten aus der Praxis, üblicherweise bei 1:30, also einer Pflegefachkraft pro 30 Patienten oder sogar höher liegen.

Vergleicht man diese deutschen Werte mit denen für New South Wales geltenden Vorgaben zur Personalbesetzung, werden erhebliche Unterschiede erkennbar. Und da die NHPPD in Nurse-to-Patient Ratios umgerechnet sind und die für New South Wales geltenden Verhältniszahlen für Normalstationen in etwa denen von Victoria, Queensland und Kalifornien entsprechen, wird zugleich auch die Differenz der in deutschen Krankenhäusern vorherrschenden Personalbesetzung zu der in diesen Staaten vorgegebenen Mindestbesetzung deutlich.

Regulierungsmodelle asiatischer Staaten

Innerhalb Asiens haben drei Staaten Vorgaben nach dem Vorbild der Nurse-to-Patient Ratios erlassen: Japan, Südkorea und Taiwan. In diesen Ländern sind spezifische Verhältniszahlen offenbar jeweils in die Gesetzgebungen zur staatlichen Krankenversicherung eingebettet und an das Finanzierungssystem der Krankenhäuser gekoppelt. Bei der Betrachtung der Krankenhausversorgung in diesen Ländern ist allerdings zu beachten, dass es häufig zur kulturellen Tradition gehört, dass Familienmitglieder einen Großteil der Pflege ihrer Angehörigen auch in Krankenhäusern übernehmen.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die nachstehenden Darstellungen der Regulierungsmodelle Japans, Südkoreas und Taiwans in dieser Studie nur skizzenhaft erfolgen können. Dies ist vor allem dadurch bedingt, dass relevante staatlicher Dokumente (Gesetzestexte, Verordnungen etc.) auf den Internetseiten der Gesundheitsministerien zumeist nur in der jeweiligen Landessprache verfügbar sind.

Das Regulierungsmodell Japans

In Japan existieren Mindestanforderungen an die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, deren Erfüllung Voraussetzung für die Betriebserlaubnis und die Vergütung durch die staatliche Krankenversicherung ist. Die 2006 in Kraft getretene Verschärfung der Vorgaben wurde insbesondere damit begründet, dass durch eine Verbesserung der Personalbesetzung die im Vergleich zu den übrigen OECD-Staaten überdurchschnittlich hohe Verweildauer von Krankenhauspatienten gesenkt werden könne (Iizuka 2015). Die Verweildauer in Akutkrankenhäusern betrug in Japan laut OECD-Daten im Jahr 2000 noch durchschnittlich 24,8 Tage, während der OECD-Durchschnitt im selben Jahr bei durchschnittlich nur 8,3 Tage lag.

Inhalte der staatlichen Regulierung

Das Regulierungssystem in Japan ist verknüpft mit der Finanzierung von Krankenhausleistungen. Die staatliche Krankenversicherung gibt für Krankenhausleistungen bestimmte Standards vor, deren Erfüllung Voraussetzung für die Vergütung erbrachter Leistungen ist. Hierzu gehören etwa Standards für die Qualifikation des eingesetzten Personals, eine Nurse-to-Patient Ratio für Krankenhausstationen als Mindestbesetzung und eine Verpflichtung, die Anzahl des tatsächlich eingesetzten medizinischen und pflegerischen Personals offenzulegen.³² Seit dem Jahr 2006 ist die Erfüllung einer Nurse-to-Patient Ratio von 1:7 Voraussetzung für die Vergütung von Krankenhausleistungen durch die staatliche Krankenversicherung. Die Japanese Nursing Association (JNA) hatte sich bereits Anfang der 1990er Jahre für diesen Mindestbesetzungsstandard eingesetzt, der bei 1:10 lag (vgl. u.a. Japan Hospital Association 2014; Namba et al. 2012; JNA 2008; Gordon et al. 2008).

Die Einhaltung der Nurse-to-Patient Ratios wird im Rahmen von Vor-Ort-Inspektion überwacht und die Ergebnisse der Überprüfungen werden vom Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt jährlich veröffentlicht. Nach Angaben des Ministeriums halten die Krankenhäuser die Personalvorgaben im Pflegedienst nahezu ausnahmslos ein (Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt 2016).

Diskussion

Das Ziel des japanischen Regulierungssystems zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, die vergleichsweise hohe durchschnittliche Verweildauer von Krankenhauspatienten zu senken, wurde offenbar erreicht. Zwar lag die durchschnittliche Verweildauer in Japan im Jahr 2013 mit 17 Tagen noch erheblich über dem Durchschnitt der OECD-Staaten (ca. 6 Tage), die zu verzeichnende Verweildauersenkung war jedoch deutlich stärker als im OECD-Durchschnitt. Im Rahmen der vorliegenden Studie kann nicht geklärt werden, ob und in welchem Umfang die Einführung von Nurse-to-Patient Ratios zur Verweildauersenkung beigetragen haben. Es erscheint jedoch durchaus plausibel, dass die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser auch Auswirkungen auf die Länge der Verweildauer haben kann. Wenn es beispielsweise einen Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung

32 Weitergehende Informationen finden sich auf der Homepage des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (engl. Ministry of Health, Labour and Welfare; jap. 厚生労働省). Online verfügbar unter: <http://www.mhlw.go.jp/english/> (07.01.2017).

und dem Auftreten von Komplikationen gibt, dann kann durch eine Verbesserung der Personalbesetzung eine Reduktion von Komplikationen erreicht werden, die wiederum eine kürzere Verweildauer ermöglicht.

Die Vorgaben zur Personalbesetzung werden von den japanischen Krankenhäusern offenbar in hohem Maße eingehalten. Dies dürfte vor allem darauf zurückzuführen sein, dass die Einhaltung sowohl Voraussetzung für die Erteilung einer Lizenz zum Betrieb des Krankenhauses als auch die Finanzierung des Krankenhauses ist.

Das Regulierungsmodell Südkoreas

Auch in Südkorea existieren staatliche Vorgaben für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Mit den Regulierungen sollte die Qualität der pflegerischen Dienstleistungen verbessert und insbesondere verhindert werden, dass südkoreanische Krankenhäuser die Pflege an Familienangehörige der Patienten oder andere nicht qualifizierte Pflegekräfte delegieren (vgl. Kim/Kim 2015; Kim et al. 2005).

Inhalte der staatlichen Regulierung

Im Jahr 1999 reformierte die südkoreanische Regierung die Krankenhausfinanzierung durch die staatliche Krankenversicherung. Seitdem ist die Höhe der Vergütung abhängig von der Ausstattung des Krankenhauses mit Pflegepersonal (vgl. u.a. Seo et al. 2016; Kim et al. 2005). Auf Basis der Verhältniszahlen von Pflegekräften zu Krankenhausbetten (Nurse-to-Bed Ratios) werden die Zahlungen für die stationäre Versorgung von staatlich versicherten Patienten unterschieden – Südkoreas sogenannte „nursing fee differentiation policy“ (NFDP) (vgl. Kim/Kim 2015: 172).³³ Danach sind 25% des individuellen Krankenhausbudgets von der jeweiligen Ausstattung mit Pflegepersonal abhängig.³⁴ Das Qualifikationsniveau der in der Berechnung der Ratios berücksichtigten Pflegekräfte sollte grundsätzlich dem einer RN entsprechen. Das Finanzierungssystem der staatlichen Krankenversicherung sah zunächst sechs Stufen der Pflegepersonalausstattung auf Grundlage von Nurse-to-Bed

33 Weitergehende Informationen finden sich auf der Homepage des Ministry of Health and Welfare, Korea. Online verfügbar unter: <http://www.mohw.go.kr/eng/> (07.01.2017).

34 Die Vergütung von Krankenhausleistungen erfolgt in drei unterschiedlichen Bereichen: medizinisch Behandlung (40%), Krankenpflege (25%) und Krankenhausmanagement (35%) (vgl. u.a. Kim et al. 2005; Kim/Kim 2015).

Ratios entsprechend der Versorgungsstufen für Allgemeinkrankenhäuser vor. Dabei galten die Verhältniszahlen ausschließlich für Normalstationen.

Im Jahr 2007 änderte die Regierung ihre Strategie zur Einhaltung der vorgegebenen Mindestbesetzungen: Die Zahlung zusätzlicher Vergütungen als ‚Belohnung‘ für die Einhaltung von Verhältniszahlen, wurde in ein System von ‚Belohnungen‘ und ‚Bestrafungen‘ geändert (vgl. Seo et al. 2016: 53f.). Seit 2007 werden bei Verstößen gegen die Nurse-to-Bed Ratios die Basis-Aufwendungen gesenkt und die Zusatzentgelte bei Einhaltung der Personalvorgaben erhöht. Im selben Jahr erweiterte die Regierung das Finanzierungssystem, führte eine siebenstufige Ordnung ein und differenzierte die Stufenzuordnung nach Tertiärkrankenhäusern (Krankenhäuser der Maximalversorgung) und Allgemeinkrankenhäusern. Im Jahr 2008 wurde auch für Intensivstationen eine entsprechende Regulierung eingeführt (vgl. Kim/Kim 2015). Die Kriterien für die Zuordnung zu einer Stufe unterscheiden sich nach Art der Einrichtung und berücksichtigen den unterschiedlichen Casemix. Tertiärkrankenhäuser haben höhere Anforderungen (niedrigere Verhältniszahlen) zu erfüllen, als etwa Allgemeinkrankenhäuser oder kleinere ländliche Kliniken. So beträgt die Nurse-to-Bed Ratio in der sechsten Stufe 1:4 für Krankenhäuser der Maximalversorgung und 1:6 für Allgemeinkrankenhäuser. In der ersten Stufe (höchster Casemix-Index) sogar 1:2 bzw. 1:2,5.

Pflegekräfte, die nicht an der direkten Patientenversorgung beteiligt sind, wie etwa Leitungspersonen, dürfen nicht in die Berechnung der Verhältniszahlen einfließen. Allerdings können Krankenhäuser die Ratios für Langzeitpflegestationen in Abhängigkeit von der täglichen Bettenauslastung auch erfüllen, indem sie Pflegefachkräfte (RNs) zu 50 bis sogar 100% durch Pflegehilfskräfte ersetzen (vgl. Kim et al. 2005; Cho et al. 2016).

Tabelle 5: Aufwendungen für stationäre Pflegeleistungen sowie Leistungen der Intensivpflege nach Nurse-to-Bed Ratios in Südkorea

Aufwendungen für stationäre Pflegeleistungen				
	Tertiärkrankenhaus	Zusatzentgelte	Allgemein-krankenhaus	Zusatzentgelte
	Pflegekraft: Bett		Pflegekraft: Bett	
Stufe 1	1:<2.0	50%	1:<2.5	10% der stationären Aufwendung der Stufe 2
Stufe 2	1:<2.5	40%	1:<3.0	
Stufe 3	1:<3.0	30%	1:<3.5	15% der stationären Aufwendung der Stufe 4
Stufe 4	1:<3.5	20%	1:<4.0	10% der stationären Aufwendung der Stufe 5
Stufe 5	1:<4.0	10%	1:<4.5	
Stufe 6	1:≥4.0	Basis-Aufwendung	1:<6.0	Basis-Aufwendung
Stufe 7			≥6.0	-2% für den ländlichen Raum, -5% in der Stadt
Aufwendungen für Intensivstationen (erwachsene Patienten) (ICU fee for adult care)				
	Pflegekraft: Bett	Zusatzentgelte		
Stufe 1	1:<0.5	40%		
Stufe 2	1:<0.63	30%		
Stufe 3	1:<0.77	20%		
Stufe 4	1:<0.88	15%		
Stufe 5	1:<1.0	10%		
Stufe 6	1:<1.25	5%		
Stufe 7	1:<1.5	Basisaufwendung Intensiv		
Stufe 8	1:<2.0	Basisaufwendung Intensiv, -10%		
Stufe 9	1:≥2.0	Basisaufwendung Intensiv, -20%		

Quelle: Kim & Kim 2015: 173, eigene Darstellung.

Die spezifischen Vorgaben zur Ausstattung mit Pflegepersonal und die differenzierten Aufwendungen und Zusatzentgelte sind in Tabelle 5 aufgeführt. Derzeit existieren sechs Stufen der Pflegepersonalausstattung auf Grundlage von Nurse-to-Bed Ratios für tertiäre Krankenhäuser (Ma-

ximalversorgung), sieben Stufen für Allgemeinkrankenhäusern und neun Stufen für Intensivstationen (vgl. Kim/Kim 2015: 173).

Die Einhaltung der Verhältniszahlen wird im Rahmen eines Monitoring-Systems überwacht. Hierfür werden die Daten der Personalbesetzung jedes einzelnen Krankenhauses quartalsweise analysiert. Erst nach Beurteilung dieser Daten wird eine Vergütung für Pflegeleistungen im Rahmen der stationären Krankenhausversorgung von der staatlichen Versicherung gezahlt. Es gilt der Grundsatz: Wenn die jeweiligen Personalvorgaben nicht eingehalten werden, wird deutlich weniger gezahlt. Die Vergütung von Pflegeleistungen basiert auf den Nurse-to-Bed Ratios, wobei der unterschiedliche Pflegebedarf einzelner Patienten nicht berücksichtigt wird. Die Vergütung wird nach den Versorgungsstufen differenziert. Tertiärkrankenhäuser, die die Mindestpersonalvorgaben einhalten, erhalten beispielsweise eine Basis-Aufwendung pro Belegungstag und je nach Versorgungsstufe weitere Zusatzentgelte – in der Versorgungsstufe 1 nochmals 50% der Basis-Aufwendung. Die Höhe der Vergütung für Pflegeleistungen – für Basis-Aufwendungen und Zusatzentgelte – wird jährlich durch das „National Health Insurance Policy Review Committee“ unter dem Vorsitz des stellvertretenden Ministers für „Health and Welfare“ festgelegt (vgl. Seo 2015).

Im Jahr 2013 verfügten drei Viertel der kleineren Kliniken nur über gering qualifiziertes Personal, da dort keine RNs beschäftigt wurden. Dies hängt auch damit zusammen, dass kleinere und insbesondere ländliche Kliniken Probleme haben, qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten. Die Arbeits- und Lebensbedingungen sowie die Bezahlung für Pflegefachkräfte sind in den Tertiärkrankenhäusern der Städte wesentlich attraktiver (vgl. Cho et al. 2016: 209).

An dieser Stelle soll kurz auf den Unterschied zwischen Nurse-to-Bed Ratios und Nurse-to-Patient Ratios hingewiesen werden. Beide Verhältniszahlen dürfen nicht gleichgesetzt werden. Vorgaben zur Zahl des Pflegepersonals je aufgestelltem oder durchschnittlich belegtem Bett sind üblicherweise als Durchschnittswerte für das gesamte Jahr definiert. In Südkorea beziehen sie sich offenbar auf ein Quartal. Nurse-to-Patient Ratios im Sinne der in den USA und Australien verwendeten Bedeutung sind keine Durchschnittswerte, sondern geben die tatsächliche Personalbesetzung für die einzelne Arbeitsschicht vor. Eine Nurse-to-Bed Ratio gibt hingegen die Zahl der Pflegekräfte im Verhältnis zur Zahl der Betten für den gesamten Tag an. Will man beide annähernd vergleichbar gestalten, so muss die Nurse-to-Bed Ratio zumindest auf die üblichen drei Schichten pro Tag aufgeteilt werden. Da die Schichten zumindest auf Normalstationen nicht gleichmäßig besetzt sind, kann dies aber nicht durch eine Aufteilung in drei gleiche Teile erfolgen. Inso-

fern können Nurse-to-Bed Ratios nicht einfach in Nurse-to-Patient umgerechnet und miteinander verglichen werden.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass eine Nurse-to-Bed Ratio üblicherweise nur die Bruttoarbeitszeit definiert, in der keinerlei Arbeitsausfallzeiten wie Urlaub, Krankheit etc. enthalten sind. Insofern lassen Nurse-to-Bed Ratios keinen direkten Rückschluss auf die tatsächliche Personalbesetzung pro Schicht zu und können insofern nicht mit Nurse-to-Patient Ratios verglichen werden. Um eine bestimmte, in jeder Schicht einzuhaltende Nurse-to-Patient Ratio sicherstellen zu können, muss die entsprechende Nurse-to-Bed Ratio folglich erheblich höher als die betreffende Nurse-to-Patient Ratio sein.

Diskussion

Das südkoreanische Regulierungsmodell basiert nicht auf Nurse-to-Patient Ratios, sondern auf Nurse-to-Bed Ratios. Dies ist zentral für die Interpretation und Bewertung dieses Regulierungssystems. Wie oben dargelegt, dürfen beide Verhältniszahlen nicht gleichgesetzt werden. Insofern kann das südkoreanische Modell nicht zu den auf Nurse-to-Patient Ratios aufbauenden Regulierungsmodellen gerechnet werden. Allerdings ist es deutlich erkennbar am Regulierungsmodell der Nurse-to-Patient Ratios orientiert und enthält eine Reihe recht interessanter Elemente, die durchaus auch für die deutsche Diskussion Anregungen bieten können.

In Südkorea sind die Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser in die Gesetzgebung zur staatlichen Krankenversicherung eingebettet und an das Finanzierungssystem der Krankenhäuser gekoppelt. Beides findet sich auch in Deutschland, wie an späterer Stelle näher ausgeführt wird. Durchschnittlich ist ein Viertel des individuellen Krankenhausbudgets von der jeweiligen Pflegepersonalausstattung abhängig. Insofern kann die Anbindung der Regulierung an das Finanzierungsrecht durchaus Druck in Richtung auf die Einhaltung der Vorgaben entwickeln. Denn ein Krankenhaus hat mit Mehr- oder Mindervergütung entsprechend der Einhaltung von vorgegebenen Nurse-to-Bed Ratios zu rechnen.

Das Qualifikationsniveau der in der Berechnung der Ratios berücksichtigten Pflegekräfte hat dem einer RN zu entsprechen. Pflegekräfte, die nicht an der direkten Patientenversorgung beteiligt sind, wie etwa Leitungspersonen, dürfen nicht in die Berechnung der Verhältniszahlen einfließen. Diesbezüglich entsprechen Südkoreas Vorgaben im Wesentlichen der Regelung Kaliforniens.

Anders als in den USA und Australien enthält das südkoreanische Regulierungsmodell jedoch keine Verpflichtung zur Erhebung des individuellen Pflegebedarfs. Stattdessen sieht es aber eine weit über die in den USA oder Australien anzutreffende Differenzierung der Versorgungsstufen der Krankenhäuser und eine Berücksichtigung des jeweiligen Casemixes vor. Es erscheint aber zweifelhaft, ob beides die Erhebung des individuellen Pflegebedarfes hinreichend ersetzen kann. Denn auch innerhalb der Krankenhäuser der gleichen Versorgungsstufe wird es Unterschiede geben. Zudem bildet der Casemix oder Casemix-Index nur den ökonomischen ‚Schweregrad‘ der Fallgruppen ab. Er erlaubt keinen zuverlässigen Rückschluss auf den medizinischen Schweregrad oder Pflegebedarf.

In Südkorea hat die Nicht-Einhaltung der Nurse-to-Bed Ratios lediglich Mindereinnahmen zur Folge. Für Langzeitpflegestationen in Krankenhäusern gilt sogar, dass – in Abhängigkeit von der täglichen Bettenauslastung – Pflegefachkräfte (RNs) zu 50 bis sogar 100% durch Pflegehilfskräfte ersetzt werden dürften (vgl. Kim et al. 2005; Cho et al. 2016).

Was die Überwachung der Einhaltung der Personalvorgaben betrifft, geht Südkorea allerdings einen konsequenten Weg: Im Rahmen eines Monitoring-Systems werden die Daten jedes einzelnen Krankenhauses zur Pflegepersonalbesetzung quartalsweise analysiert. Erst nach Beurteilung dieser Daten erfolgt die entsprechend der Einhaltung der Personalvorgaben errechnete jeweilige Vergütung. Es gilt der Grundsatz: Wenn die jeweiligen Personalvorgaben nicht eingehalten wurden, wird deutlich weniger gezahlt.

Die Kopplung der Personalvorgaben für den Pflegedienst an das Finanzierungssystem der Krankenhäuser erscheint zunächst attraktiv. Da die Vorgaben jedoch nur für ein Viertel des individuellen Krankenhausbudgets Relevanz besitzen und keine Pflicht zur Einhaltung der Nurse-to-Bed Ratios besteht, greift das südkoreanische Regulierungssystem nicht wie von der Regierung gewünscht. So erfüllt nur ein geringer Anteil aller Krankenhäuser Südkoreas tatsächlich die Nurse-to-Bed Ratios (vgl. u.a. Cho et al. 2016; Seo et al. 2016; Kim et al. 2005).

Das Regulierungsmodell Taiwans

In Taiwan existieren seit 2009 staatliche Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Bei deren Interpretation ist allerdings zu bedenken, dass Krankenhauspatienten in Taiwan traditionell von Familienmitgliedern begleitet und versorgt werden.

Inhalte der staatlichen Regulierung

In Taiwan gelten seit dem Jahr 2009 Rechtsvorschriften, die eine Nurse-to-Patient Ratio von einer Pflegekraft für acht Patienten (1:8) als Mindestbesetzung für Krankenhäuser vorschreiben. Allerdings gilt die Nurse-to-Patient Ratio ausschließlich für die Frühschicht. In der Spät- und Nachtschicht trägt eine taiwanische Pflegekraft laut empirischer Erhebungen die Verantwortung für durchschnittlich 16 bis 22 Patienten (vgl. Liang et al. 2012a; Liang et al. 2012b).

Um die obligatorische Nurse-to-Patient Ratio von 1:8 während der Tagschicht finanzieren zu können, hat Taiwans Präsidentin Tsai die Beiträge für die staatliche Krankenversicherung erhöht. Im Jahr 2016 veröffentlichte die nationale Krankenversicherungsverwaltung (National Health Insurance Administration, NHIA) zum ersten Mal die Daten der durchschnittlichen täglichen Nurse-to-Patient Ratios sämtlicher taiwanischen Krankenhäuser, um die Erhöhung der Versicherungsbeiträge gegenüber den Bürgern zu legitimieren.

Als Anreiz zur Einhaltung der Vorgaben wird Krankenhäusern mit einer besseren Personalbesetzung ein höheres Budget zugeteilt. Zudem sind die Krankenhäuser Taiwans verpflichtet, in Echtzeit die Personalbesetzungen zu dokumentieren und der nationalen Krankenversicherungsverwaltung zu übermitteln. Über die hier angesprochenen Regelungen hinaus existieren weitere Regelungen zur Einhaltung der Nurse-to-Patient Ratios in verschiedenen Verordnungen, auf die an dieser Stelle jedoch nicht weiter eingegangen werden kann (vgl. NHIA 2016).³⁵

Diskussion

Bemerkenswert am taiwanischen Regulierungsmodell dürfte vor allem die Übermittlung der Personalbesetzung in ‚Echtzeit‘ an das zuständige Ministerium zu sein. Da die Personaleinsatzplanung und Dokumentation des tatsächlichen Personaleinsatzes in Krankenhäusern der entwickelten Länder mittlerweile in der Regel elektronisch erfolgt oder zumindest erfolgen kann, erscheint dies als konsequenter Schritt und dürfte technisch relativ problemlos realisierbar sein. Ein solches System ermöglicht im Grunde auch die sofortige Intervention der für die Überwachung zuständigen Behörde. Als Maßnahme für die Sicherstellung der Richtigkeit der übermittelten Angaben würde sich die Übernahme von Elementen

35 Weitergehende Informationen finden sich auf der Homepage der National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare. Online verfügbar unter: http://www.mohw.gov.tw/en/Ministry/index_New.aspx (07.01.2017).

der amerikanischen oder australischen Modelle anbieten. So könnten beispielsweise paritätisch mit Pflegepersonal besetzte Kommissionen die Angaben mit der tatsächlich vorhandenen Besetzung auf den Stationen abgleichen. Diese Elemente fehlen aber offenbar im Regulationssystem Taiwans.

Am Beispiel Taiwans wird zudem auch deutlich, wie wichtig die Berücksichtigung kultureller Besonderheiten sein kann. Die relativ niedrigen Vorgaben zur Personalbesetzung sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass in Taiwan – wie auch in anderen asiatischen Staaten – auch im Krankenhaus Familienangehörige traditionell einen Teil der pflegerischen Grundversorgung übernehmen.

Regulierungsmodelle europäischer Staaten

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden in zwei europäischen Ländern staatliche Vorgaben zu Mindestbesetzungen in Krankenhäusern gefunden. In Belgien bestehen staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung in Krankenhäusern bereits seit dem Jahr 1988. In Deutschland existiert mit der G-BA-Richtlinie zur Versorgung Früh- und Reifgeborener eine untergesetzliche Norm, die auch Vorgaben zur Personalbesetzung enthält. Zudem haben einzelne Bundesländer begonnen, in ihren Krankenhausplänen auch Mindestanforderungen an die Personalbesetzung festzulegen.

In der internationalen Diskussion wurde in den letzten Jahren mehrfach auch Wales erwähnt. Dort wurde zwar Ende 2014 ein entsprechendes Gesetz in die Nationalversammlung eingebracht, im Verlauf der parlamentarischen Beratungen wurde der Gesetzentwurf jedoch sehr weitgehend geändert und in dem Zusammenhang wurden auch die ursprünglich vorgesehenen Nurse-to-Patient Ratios gestrichen. Dennoch wird nachfolgend auch kurz auf Wales eingegangen, um nachvollziehbar zu machen, warum es in der Diskussion erschien und wie sich das Anfang 2016 beschlossene Gesetz vom ursprünglichen Gesetzentwurf unterscheidet.

Das Regulierungsmodell Belgiens

Über das Regulierungssystem Belgiens ist in Deutschland bemerkenswert wenig bekannt, obwohl es sich um ein benachbartes Land handelt. Dort existieren Mindestvorgaben für medizinisches und pflegerisches Personal in Krankenhäusern bereits seit dem Jahr 1988 – also mehr als ein Jahrzehnt länger, als im australischem Bundesstaat Victoria. In verschiedenen Veröffentlichungen finden sich Hinweise auf belgischen Regelungen (u.a. Van den Heede et al. 2009; Malliarou et al. 2008; Sermeus et al. 2007; Scott 2003). In diesen Publikationen wird berichtet, in Belgien sei eine Besetzung von 12 Pflegekräften je 30 Betten vorgegeben. Hierbei wird zum Teil irrtümlich angenommen, es handele sich da-

bei um eine Personalrelation von 12 Pflegenden pro 30 Betten in einem Zeitraum von 24 Stunden, sodass diese Regelung durchschnittlich 7,5 Patienten pro Pflegekraft und Schicht gewährleiste (Scott 2003: 17). Die belgischen Mindestpersonalstandards stellen jedoch keine verpflichtend einzuhaltenden Verhältniszahlen im eigentlichem Sinne dar, sondern geben lediglich an, wie viele Vollzeitäquivalente für eine Station oder einen Bereich mindestens zur Verfügung stehen müssen. Dabei werden zwar insbesondere für psychiatrische Abteilungen Vorgaben zur Mindestbesetzung bei Tag und bei Nacht gemacht – allerdings gelten für die meisten anderen Fachrichtungen ausschließlich Vorschriften zur Vorhaltung von Vollzeitäquivalenten pro durchschnittlich belegtem Bett bei einer vorgegebenen Auslastung (in der Regel 80%).

Insofern kann bereits an dieser Stelle festgestellt werden, dass es sich bei dem belgischen Regulierungsmodell nicht um Nurse-to-Patient Ratios handelt, sondern um eine Variante der Nurse-to-Bed Ratios. Dennoch soll das Regulierungssystem im Folgenden vorgestellt werden, da es interessante Elemente enthält, die eventuell auch für die deutsche Diskussion Anregungen bieten können.

Inhalte der staatlichen Regulierung

In einem im Jahr 1964 ergangenen ‚Königlichen Erlass zur Festlegung der Standards, die Krankenhäuser und ihre Dienstleistungen erfüllen müssen‘ (kurz: Krankenhausgesetz)³⁶ wurden erstmals Voraussetzungen für die Erteilung von Betriebserlaubnissen für Krankenhäuser festgelegt. Sie wurden im Jahr 1987 um weitere ergänzt. Die geltenden Lizenzanforderungen enthalten nicht nur Vorschriften zur Mindestpersonalanzahl je Bereich, sondern schreiben beispielsweise auch die Qualifikation des einzusetzenden Personals sowie deren Aufgaben vor. Außer für Pflegekräfte unterschiedlicher Qualifikationsstufen gelten die Vorgaben auch für therapeutisches Personal, wie etwa Physio- und Ergotherapeuten, sowie für Ärzte. Zudem enthalten sie auch Anforderungen an die bauliche Gestaltung von Krankenhäusern und die betrieblichen Abläufe (u.a. Wallex 1964-2014). Die Lizenzanforderungen gelten mit Ausnahme von psychiatrischen Kliniken für sämtliche Allgemeinkrankenhäuser und wurden mittlerweile für verschiedene Fachgebiete angepasst. Durch den Königlichen Erlass vom 13. November 1995 wurden

36 „Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre“, M.B. 07/11/1964: 11709 (Belgisches Staatsblatt vom 7. November 1964).

psychiatrische Kliniken ebenfalls in das System staatlicher Vorgaben eingebunden (SPF 2012).

Die belgischen Mindestpersonalvorgaben (Tabelle 6) sind eingebettet in das Finanzierungssystem der Krankenhäuser. Die Gesamtfinanzierung der Krankenhausversorgung besteht aus fünf Teilen (Sermeus et al. 2007; Van de Voorde et al. 2014):

- 1) Prospektives Finanzierungssystem mit dem APR-DRG System („All Patient Refined Diagnosis Related Group“)
- 2) Zahlung pro medizinischer Behandlung (Nomenklatur³⁷), als sogenannter ‚Finanzmittelhaushalt‘³⁸ bezeichnet
- 3) Budget für Medikamente
- 4) Individuellen Budgetvereinbarungen zwischen einem Krankenhaus und dem Nationalen Institut für Gesundheit und Invalidenversicherung
- 5) Direktzahlungen von Patienten.

Der Finanzmittelhaushalt bildet das eigentliche Krankenhausbudget und ist in drei Teile aufgegliedert: A (Investitionskosten), B (Betriebskosten), C (Korrekturmaßnahmen).³⁹ Teil B ist wiederum in verschiedene Kostenstellen aufgeteilt (B1-B9), u.a. für allgemeine Betriebskosten (Verwaltung, Wartung, Wäscherei, etc.) und medizinisch-technische Abteilungen. Das Krankenhausbudget besteht grundsätzlich aus zwei Teilen: Einem fixen Budget und einem variablen Budget. Das fixe Budget bezieht sich direkt auf die Anzahl der belegten Betten (Bettenauslastung). Der Ausgangspunkt hierfür sind die Mindestpersonalvorgaben, die seit 1988 für die verschiedenen Stationen und Bereiche festgelegt sind (vgl. Sermeus et al. 2007: 17). Die Kosten des Pflegepersonals werden nach den von der Regierung festgelegten Personalstandards je Fachbereich veranschlagt (Nomenklatur). Die Grundfinanzierung wird durch die strukturellen Merkmale eines Krankenhauses bestimmt und als ‚funktionaler‘ Teil des Budgets bezeichnet. Um den Basisteil des Budgets zu berechnen, werden die Personalmindeststandards in ein Punktesystem über-

37 Das Krankenversicherungsgesetz, das zeitgleich mit dem Krankenhausgesetz im Jahr 1964 in Kraft trat, ermächtigte das Nationale Institut für Gesundheit und Invalidenversicherung („National Institute for Health and Disability Insurance“) zur Festlegung von Erstattungsregelungen sowie zur Festlegung der Tarife für Gesundheitsdienstleistungen – die sogenannte ‚Nomenklatur‘ (Van de Voorde et al. 2014: 71).

38 auch als globales Budget oder Krankenhausbudget – das sogenannte ‚Budget der finanziellen Mittel‘ („Budget of Financial Means (BFM)“ bezeichnet.

39 Ausgleichszahlungen, u.a. zur Deckung von Krankenhausdefiziten, die aus der Annahme von Sozialpatienten herrühren, soweit diese nicht im Rahmen des Finanzmittelhaushalts ausreichend finanziert wird.

setzt. So wird beispielsweise je fachlich ausgewiesenem Betten, pro Operationssaal oder pro Unfall- und Notfalldienst eine bestimmte Punktzahl berechnet (vgl. Van de Voorde et al. 2014: 121; Corens 2007: 76).

Das variable Budget wird u.a. auf Grundlage des pflegerischen Arbeitsaufkommens berechnet. Hierfür setzt Belgien seit 1988 ein „Nursing Minimum Data Set“ (B-NMDS) ein, das für internistische, chirurgische, pädiatrische und Intensivstationen gilt und im Jahr 2007 erstmals überarbeitet wurde (u.a. Gerkens/Merkur 2010; Corens 2007; Sermeus et al. 2007). Eine 2014 in Kraft getretene Reform der Krankenhausfinanzierung sieht vor, die Berechnung des Pflegeaufwands durch das B-NMDS schrittweise durch „Nursing Related Groups (NRGs)“ zu ersetzen. Die NRGs basieren auf den 78 Pflegemaßnahmen beziehungsweise Pflegediagnosen eines überarbeiteten B-NMDS. Neben dem Fachbereich und dem Alter der Patienten fließen 21 NRGs in die Berechnung des Pflegeaufwands auf einer 24-Stunden-Basis ein (vgl. Van de Voorde et al. 2014: 112).

Seit 2014 befindet sich das Krankenhausfinanzierungssystem damit in einer Übergangsphase: In Bezug auf die variablen Budgets basiert die Finanzierung zunächst auf 30% NRGs und 70% ursprünglicher NMDS-Berechnungsmethode (ebd.: 113). Die fixen Budgets können sich aufgrund der sechsten Staatsreform vom 01. Juli 2014, mit der bestimmte Kompetenzen zur Regelung der Krankenhausfinanzierung an die drei Regionen und Gemeinschaften Belgiens übertragen wurden, ändern. Die grundsätzlichen Lizenzanforderungen für Krankenhäuser bleiben zwar bestehen, seit dem 01. Januar 2016 sind jedoch die einzelnen Regionen für die Erteilung von Betriebserlaubnissen und Lizenzkontrollen sowie für die Anforderungen an spezielle Behandlungszentren und Kliniken zuständig. Folglich können sich die Personalmindeststandards innerhalb Belgiens in Zukunft unterschiedlich darstellen (vgl. Demon 2015).

In Tabelle 6 sind die vorgegebenen Personaluntergrenzen für belgische Krankenhäuser, mit Ausnahme der Vorgaben für ärztliches Personal, nach ausgewählten Fachgebieten aufgelistet.

Tabelle 6: Mindestpersonalvorgaben für Krankenhäuser in Belgien

Normalstationen	
Allgemeinkrankenhäuser	13 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) diplomierte Pflegekräfte pro 30 Betten, bzw. 0,5 VZÄ pro belegtem Bett
Universitätskliniken	15 VZÄ diplomierte Pflegekräfte pro 25 Betten, bzw. 0,6 VZÄ pro belegtem Bett
Spezielle Stationen (spezialisierte Behandlungszentren und -Kliniken)	
Kardiologische Station (spezielle Behandlung) (VZÄ:Betten)	<p>1 VZÄ Leitungskraft <i>Qualifikationsanforderung: mind. Krankenpflegediplom + nachgewiesene Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Herz-Lungen-Erkrankungen</i></p> <p>+</p> <p>8 VZÄ pro 30 Betten (die mind. zu 80% ausgelastet sind) + 7 VZÄ weitere Mitarbeiter („Betreuer“, „personnel soignant“) + 1 VZÄ Therapeut</p> <p>= 17 VZÄ insgesamt bei 30 Betten</p> <p><i>Qualifikationsanforderung: mind. 5 VZÄ müssen ein Krankenpflegediplom nachweisen, 1 VZÄ muss Logopäde und/oder Ergotherapeut mit besonderer Erfahrung in der funktionellen Rehabilitation sein</i></p>
Neurologische Station (spezielle Behandlung) (VZÄ:Betten)	<p>1 VZÄ Leitungskraft <i>Qualifikationsanforderung: Krankenpflegediplom + nachgewiesene Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen</i></p> <p>+</p> <p>8 VZÄ pro 30 Betten (die mind. zu 80% ausgelastet sind) + 6 VZÄ weitere Mitarbeiter („Betreuer“, „personnel soignant“) + 2 VZÄ Therapeuten</p> <p>= 17 VZÄ insgesamt bei 30 Betten</p> <p><i>Qualifikationsanforderung: mind. 5 VZÄ müssen ein Krankenpflegediplom nachweisen, 2 VZÄ müssen Logopäde und/oder Ergotherapeut mit besonderer Erfahrung in der funktionellen Rehabilitation sein</i></p>
Station für Patienten mit Bewegungsstörungen (spezielle Behandlung) (VZÄ:Betten)	<p>1 VZÄ Leitungskraft <i>Qualifikationsanforderung: mind. Krankenpflegediplom + nachgewiesene Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Erkrankungen der Bewegungsorgane.</i></p> <p>+</p> <p>8 VZÄ pro 30 Betten (die mind. zu 80% ausgelastet sind) + 7 VZÄ weitere Mitarbeiter („Be-</p>

	<p>treuer“, „personnel soignant“) + 2 VZÄ Therapeuten = 18 VZÄ insgesamt bei 30 Betten</p> <p><i>Qualifikationsanforderung: mind. 5 VZÄ müssen ein Krankenpflegediplom nachweisen, 2 VZÄ müssen Logopäde und/oder Ergotherapeut mit besonderer Erfahrung in der funktionellen Rehabilitation sein</i></p>
<p>Station für chronisch Kranke (spezielle Behandlung) (VZÄ: Bett)</p>	<p>1 VZÄ Leitungskraft <i>Qualifikationsanforderung: mind. Krankenpflegediplom + nachgewiesene Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen</i></p> <p>+ 8 VZÄ pro 30 Betten (die mind. zu 80% ausgelastet sind) + 6 VZÄ weitere Mitarbeiter („Betreuer“, „personnel soignant“) + 1 VZÄ Therapeuten = 16 VZÄ insgesamt bei 30 Betten</p> <p><i>Qualifikationsanforderung: mind. 5 VZÄ müssen ein Krankenpflegediplom nachweisen, 1 VZÄ muss Logopäde und/oder Ergotherapeut mit besonderer Erfahrung in der funktionellen Rehabilitation sein</i></p>
<p>Geriatrische Stationen oder Abteilungen (spezielle Behandlung) (VZÄ: 24 Betten)</p>	<p>1 VZÄ Leitungskraft <i>Qualifikationsanforderung seit April 2015: mind. Fachweiterbildung in Geriatrie</i></p> <p>+ 9 VZÄ pro 24 Betten + 1 ½ VZÄ Therapeuten = 11,5 VZÄ bei 24 Betten</p> <p><i>Qualifikationsanforderung: 5 Pflegekräfte mit Fachweiterbildung Geriatrie und 4 weitere Mitarbeiter mit Erfahrung in der Geriatrie, ½ VZÄ muss Physiotherapeut und 1 VZÄ muss Logopäde, Physio- oder Ergotherapeut sein (2014 aktualisiert)</i></p>
<p>Palliativstation (spezielle Behandlung) (VZÄ: Bett)</p>	<p>Leitungskraft: 2/3 Leitungsaufgaben; 1/3 direkte Pflege <i>Qualifikationsanforderung: Fachweiterbildung Palliativ Care</i></p> <p>1,5 VZÄ pro Bett, inklusive der Leitungskraft + „ausreichende Unterstützung durch weiteres Personal“ = 18 VZÄ diplomierte Pflegekräfte bei 12 Betten + Unterstützungspersonal</p> <p><i>Qualifikationsanforderung: 66% der Pflegekräfte verfügen über eine Zusatzausbildung in Palliative Care (2002 aktualisiert)</i></p>

Geburtshilfe	
Kreißsaal	<p>Grundsätzlich: „ausreichende“ Bereitstellung von Hebammen, um 24h/7d sicherzustellen + notwendige Anzahl von qualifizierten Krankenpflegekräften anhand des Pflegebedarfs muss garantiert sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Am Tag nicht weniger als eine Hebamme, die von einer Hilfskraft unterstützt wird sowie eine Hilfskraft zur Betreuung von Säuglingen; - während der Nacht nicht weniger als eine Hebamme oder eine Pflegefachkraft, die von einer Hilfskraft unterstützt wird. - Bei mehr als 1000 Geburten pro Jahr muss sich die Anzahl an Leitungs-Hebammen bei jeweils + 200 Geburten um je 1 VZÄ erhöhen; Hebammen, die dem Kreißsaal zugeordnet sind, können auch in anderen Bereichen eingesetzt werden; - bei mehr als 2500 Geburten pro Jahr, muss eine Hebamme zusätzlich zur Überwachung eingesetzt werden, die die Betreuung von werdenden Müttern am Tage koordiniert. <p>In jedem Kreißsaal muss mind. ein zusätzlicher Betreuer/Sanitärer zur Unterstützung der Hebamme anwesend sein</p>
Neonatologische Intensivstation (VZÄ: Bett)	<p>1 Leitungskraft <i>Qualifikationsanforderung: mind. Krankenpflegediplom + Weiterbildung und nachgewiesene Berufserfahrung in der Neonatologie</i></p> <p>+</p> <p>2,5 VZÄ diplomierte Pflegekräfte oder Hebammen pro Bett</p> <p>+ 1 VZÄ Verwaltungskraft</p> <p>= 39,5 VZÄ bei 15 Betten</p> <p><i>Qualifikationsanforderung: mind. Krankenpflegediplom oder Hebamme; 60% müssen über besondere Erfahrung in der Neonatologie verfügen</i> (2001 aktualisiert)</p>
Psychiatrie (erwachsene Patienten)	
<p><u>Tag- und Nachtschicht</u></p> <p>→ Es müssen mindestens 11 Vollzeitäquivalente für 30 Patienten vorgehalten werden; hiervon 6 VZÄ mit Pflegediplom und nachgewiesener Erfahrung in der Psychiatrie, mind. 2 VZÄ mit Pflegediplom, 1 VZÄ Ergotherapeut, Erzieher oder Psychologie-Assistent, 3 VZÄ Familiengesundheitspflege</p> <p>→ während der Nacht müssen mind. 2 VZÄ anwesend sein, hiervon mind. 1 VZÄ mit Krankenpflegediplom</p>	

Neuropsychiatrische Klinik (VZÄ:Patienten)	Tagesklinik 30 Patienten	Tagesklinik, die auch Übernachtungen gewährleistet 30 Patienten
	5 VZÄ insgesamt, hiervon 3 mit Krankenpflegediplom 3 VZÄ in der Tagschicht, hierunter wird 1 VZÄ die Gesamtverantwortung tragen Qualifikationsanforderung: mind. Krankenpflegediplom	7 VZÄ für Tag- und Nachtschicht Qualifikationsanforderung: 5 VZÄ mit Krankenpflegediplom; 2 VZÄ Familiengesundheitspflege, hierunter wird 1 VZÄ die Gesamtverantwortung tragen. Nachts müssen mind. 2 VZÄ vorgehalten werden, 1 VZÄ mit Krankenpflegediplom
	Je 30 Patienten mehr: + 6 VZÄ	Je 30 Patienten mehr: + 4 VZÄ + 3 VZÄ für die Nachtschicht
	<i>Qualifikationsanforderung dieser (zusätzlichen) VZÄ: Index A: Bachelor-Abschluss oder eine vergleichbare nicht-universitäre Qualifikation mit psychiatrischer, sozialer, pädagogischer Orientierung oder eine Qualifikation in Psychologie, Kriminologie, Sport, Ergotherapie oder Vergleichbares Index T: Master-Abschluss oder eine vergleichbare nicht-universitäre Qualifikation mit psychiatrischer, sozialer, pädagogischer Orientierung oder eine Qualifikation in Psychologie, Kriminologie, Sport, Ergotherapie oder Vergleichbares</i>	
Kinderpsychiatrie		
<u>Tag- und Nachtschicht</u> → Es müssen mindestens 12 VZÄ für 20 Patienten vorgehalten werden, dies entspricht 2 Teams von 6 VZÄ; hiervon 1 VZÄ mit sonstiger Pflegeausbildung, 3 VZÄ mit Pflegediplom, ein Ergotherapeut, Erzieher oder Psychiatrieassistent, 2 VZÄ Familiengesundheitspflege → während der Nacht müssen mind. 2 VZÄ anwesend sein, hiervon mind. 1 VZÄ mit Krankenpflegediplom <i>Die Anzahl der Mitarbeiter, die eine anhaltende Präsenz für Kindern in der Psychiatrie während des Tages und der Nacht gewährleisten müssen, beträgt mind. 5 VZÄ bei 20 Betten, die zu mind. 70% ausgelastet sind. Diese Mitarbeiter sollten ein gewisses Maß an (außer)universitären Hochschulbildung in der Pflege besitzen (Königlicher Erlass vom 25. März 1999, Art. 1 - MB 1999.07.10, S. 37905).</i>		

Kinderpsychiatrische Klinik	Tagesklinik 20 Patienten	Tagesklinik, die auch Übernachtungen ge- währleistet 20 Patienten
	2 VZÄ mit <i>Krankenpflegediplom + Ergotherapeut, Assistent in der Psychiatrie oder Erzieher o.Ä.</i> → pro Schicht mind. 1 VZÄ mit <i>Krankenpflegediplom</i>	2 Teams mit jeweils 3 VZÄ, hierunter mind. 1 VZÄ mit <i>Krankenpflegediplom</i> , die die Gesamtverantwortung der Sicherung übernimmt; die übrigen können wie folgt qualifiziert sein: <i>Ergotherapeut, Pädagoge, Psychiatrieassistent, Familiengesundheitspflege</i> Nachts müssen mind. 2 VZÄ vorgehalten werden, 1 VZÄ mit <i>Krankenpflegediplom</i> , die die Gesamtverantwortung der Sicherung übernimmt
	Je 20 Patienten mehr: + 4 VZÄ	Je 20 Patienten mehr: + 2 VZÄ + 2 VZÄ für die Nachtschicht
	<i>Qualifikationsanforderung dieser (zusätzlichen) VZÄ: Master-Abschluss oder eine vergleichbare nicht-universitäre Qualifikation mit psychiatrischer, sozialer, pädagogischer Orientierung oder eine Qualifikation in Psychologie, Kriminologie, Sport, Ergotherapie oder Vergleichbares</i>	

Quellen: CHAB 2014; Directeurs des soins Conseillers techniques en soins 2009; Wallex 1964-2014; Van de Voorde 2014.

Diskussion

Bei den in Belgien existierenden Vorgaben zu Mindestbesetzungen handelt es sich nicht um Nurse-to-Patient Ratios, sondern um Nurse-to-Bed Ratios. Sie geben lediglich an, wie viele Vollzeitäquivalente für eine Station oder einen Bereich entsprechend der Anzahl an Betten mindestens vorgehalten werden müssen. Da es sich um Mindestbesetzungen handelt, ist weiteres Pflegepersonal einzusetzen, sofern der individuelle Pflegebedarf dies erforderlich macht.

Zur Messung des Pflegebedarfs wird in Belgien seit 1988 ein landesweit einheitlich vorgegebenes Nursing Minimum Data Set eingesetzt. Damit ist Belgien der einzige, im Rahmen der vorliegenden Studie vorgestellte Staat, der ein bestimmtes Verfahren zur Messung des Pflege- und Personalbedarfs für alle Krankenhäuser als verbindlich anzuwenden vorgibt.

Dieses Verfahren wird jedoch als unzureichend kritisiert (vgl. Demon 2015). Die Ergebnisse der RN4CAST-Studie ergaben denn auch für Belgien mit 10,8 Patienten pro Pflegefachkraft eine im internationalen Vergleich hohe Personalbelastung (vgl. Vrijens et al. 2016; Aiken et al. 2014; Van de Voorde et al. 2014). Die belgische Pflegegewerkschaft L'Union Générale des Infirmiers de Belgique (AUVB-UGIB-AKVB) kritisierte in einem Forderungspapier zu den belgischen Wahlen 2014 die aus ihrer Sicht unzureichende Krankenhausfinanzierung und forderte eine Erhöhung der Personalstandards für Tag- und Nachtschichten (vgl. AUVB-UGIB-AKVB 2013).

Es hat den Anschein, dass in Belgien die vorgegebenen Mindestbesetzungen in weiten Bereichen nicht als Untergrenze, sondern als Norm oder sogar Obergrenze gehandhabt werden. Dies ist eines der in der internationalen und auch nationalen Diskussion häufig diskutierten Risiken von vorgegebenen Mindestbesetzungen. Auffällig ist allerdings, dass eine wie in Belgien zu verzeichnende Kritik aus Kalifornien oder Australien nicht berichtet wird. Dies könnte insbesondere darin begründet sein, dass die in Kalifornien oder Australien existierenden Mindestbesetzungen auf einer Höhe festgesetzt sind, die über dem belgischen Standard liegen und nach belgischen Maßstäben deutlich mehr sind als reine Mindestbesetzungen. Eine aus den belgischen Erfahrungen zu ziehende Schlussfolgerung könnte folglich darin bestehen, dass ‚Mindestbesetzungen‘ auf einer Höhe festgelegt werden sollten, die nicht nur eine ‚minimale‘, sondern eine ausreichende und bedarfsgerechte Pflege erlauben.

Ansätze einer Regulierung in Deutschland

In Deutschland existieren bislang keine bundesgesetzlichen Vorgaben für eine Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Lediglich mit der Neonatologie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) besteht eine untergesetzliche Norm, die bundeseinheitlich Personalstandards für die zur Versorgung von GKV-Versicherten zugelassenen Krankenhäuser vorgibt (G-BA 2015). Vor dem Hintergrund einer seit einigen Jahren verstärkt geführten Diskussion über die Notwendig-

keit einer stärker qualitätsorientierten Krankenhausplanung haben Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen und Berlin begonnen, erste Vorgaben zu Mindestbesetzungen im Pflegedienst für einzelne Bereiche der Krankenhäuser in ihre Krankenhauspläne aufzunehmen.

Die Neonatologie-Richtlinie des G-BA

Ansatzpunkt der Neonatologie-Richtlinie des GBA ist das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Bundesgesetzgeber hat den G-BA ermächtigt und beauftragt, in Richtlinien Anforderungen an die Erbringung bestimmter Krankenhausleistungen festzulegen, die erfüllt werden müssen, wenn ein Krankenhaus diese Leistungen zu Lasten der GKV erbringen und dafür Vergütungen von der GKV erhalten will. Da knapp 90% der Bevölkerung in der GKV versichert ist, kommt den Richtlinien eine sehr weitreichende Bedeutung zu. Die Richtlinien des G-BA sind unmittelbar verbindlich für alle zur Versorgung von GKV-Versicherten zugelassenen Krankenhäusern und alle Krankenkassen.

Die Neonatologie-Richtlinie sieht im Einzelnen vor (vgl. G-BA 2015, Anlage 2):

- Die Leitung des Kreißsaals obliegt einer hauptamtlichen Hebamme oder eines Entbindungspflegers mit Leitungslehrgang.
- Im Kreißsaal ist die 24-Stunden-Präsenz einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers sicherzustellen.
- Mindestens eine zweite Hebamme/Entbindungspfleger ist im Rufdienst vorzuhalten.
- Auf der präpartalen Station ist die Sicherstellung ständiger Erreichbarkeit einer Hebamme/Entbindungspfleger zu gewährleisten.
- Die Stationsleitung einer neonatologischen Intensivstation hat einen Leitungslehrgang absolviert.
- Der Pflegedienst einer neonatologischen Intensivstation besteht aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern.
- In der Versorgungsstufe I verfügen 40% der VZÄ über eine Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“; in der Versorgungsstufe II sind dies 30%.
- Es ist mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit Fachweiterbildung pro Schicht vorzuhalten.
- Ab dem 01. Januar 2017 gilt für Perinatalzentren des Level 1 und 2 eine Nurse-to-Patient Ratio von mindestens 1:1 für intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen und
- eine Nurse-to-Patient Ratio von mindestens 1:2 für intensivüberwachungspflichtigem Frühgeborenen (Geburtsgewicht < 1500g).

- Für alle weiteren Patienten auf neonatologischen Intensivstationen muss das Perinatalzentrum qualifiziertes Personal (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger – unabhängig von Fachweiterbildung beziehungsweise spezieller Erfahrung) in ausreichender Zahl entsprechend dem tatsächlichen Pflegebedarf einsetzen.

Der G-BA hat die in der Richtlinie enthaltenen Nurse-to-Patient Ratios allerdings vor ihrem Inkrafttreten in seiner Sitzung am 15. Dezember 2016 bereits wieder faktisch zurückgenommen. Perinatalzentren, die die Anforderungen an die pflegerische Versorgung nicht erfüllen, dürfen nun bis zum 31. Dezember 2019 von den Vorgaben abweichen. Krankenhäuser, die die Anforderungen nicht einhalten, müssen die Nicht-Einhaltung dem G-BA unter Angaben von Gründen mitteilen. Auf Landesebene soll mit diesen Krankenhäusern „ein gesonderter, klärender Dialog“ zu ihrer Personalsituation in der Pflege geführt werden (G-BA 2016: 3).

Regulierung im Rahmen der Krankenhausplanung

Auch die Krankenhauspläne einiger Bundesländer enthalten Vorgaben zur Personalbesetzung in bestimmten Bereichen. In der Berliner Krankenhausplanung 2016 findet sich für den Bereich der Intensivmedizin die Anforderung an Krankenhäuser, „möglichst die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)⁴⁰ einzuhalten.“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, Drucks. 17/2610: 26). Für geriatrische Stationen wird eine Ausrichtung an den Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie empfohlen (ebd.: 70).⁴¹

40 Die Empfehlungen der DIVI enthalten folgende Angaben (vgl. DIVI 2010: 14): 1) Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich. 2) Bei speziellen Situationen soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden. Beispielsituationen sind schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, ein hoher Anteil (> 60%) der Patienten mit Organersatzverfahren, zu denen z.B. Beatmungssituationen und Nierenersatzverfahren zählen, oder zusätzliche Aufgaben wie die Stellung des Reanimationsteams für das Krankenhaus oder die Begleitung von Transporten intensiv behandlungsbedürftiger Patienten. 3) Der Anteil an qualifizierten Intensiv-Fachpflegekräften soll mindestens 30% des Pflegeteams der Intensivtherapieeinheit betragen.

41 Der Bundesverband (BV) Geriatrie empfiehlt als Personalschlüssel für Pflegepersonal für den Akutbereich 1:1,35 bis 1:1,8 und für Tageskliniken 1:5,5 bis 1:6 (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, Drucks. 17/2610: 70).

Das Land Nordrhein-Westfalen hat in seinen Krankenhausplan 2015 eine Reihe von Anforderungen an die personelle Besetzung des Pflegedienstes von Intensivstationen aufgenommen (vgl. MGEPA 2013: 110):

- Für je zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich (1:2).
- Zusätzlich soll eine Stelle für die pflegedienstliche Leitung mit der Qualifikation der Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie pro Intensivtherapieeinheit vorgehalten werden.
- Bei speziellen Situationen soll eine höhere Zahl an Pflegekräften pro Bettenplatz und Schicht eingesetzt werden (1:1). Als Beispielsituationen werden genannt: Schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, ein hoher Anteil von mehr als 60% der Patienten mit Organersatzverfahren, zu denen z.B. Beatmungssituationen und Nierenersatzverfahren zählen, oder zusätzliche Aufgaben wie die Stellung des Reanimationsteams für das Krankenhaus, die Begleitung von Transporten intensivbehandlungsbedürftiger Patienten.
- Der Anteil an qualifizierten Intensiv-Fachpflegekräften soll mindestens 30% des Pflegeteams der Intensivtherapieeinheit betragen.

Der Krankenhausplan NRW 2015 folgt damit den Empfehlungen der DIVI und stellt fest, dass die Einhaltung der Nurse-to-Patient Ratios beziehungsweise Nurse-to-Bed Ratios „erforderlich“ sei.

Diskussion

In Deutschland existieren bislang keine bundesgesetzlichen Vorgaben für eine Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser nach Art der Nurse-to-Patient Ratios. Einzig die Neonatologie-Richtlinie des G-BA orientiert sich als untergesetzliche Norm deutlich erkennbar an diesem Regulierungsmodell. In der Richtlinie findet sich zwar der Passus, dass für weitere Patienten⁴² auf neonatologischen Intensivstationen qualifiziertes Pflegepersonal „in ausreichender Zahl entsprechend dem tatsächlichen Pflegebedarf“ (G-BA 2015, Anlage 2: 4, 9) eingesetzt werden muss. Allerdings enthält die Richtlinie keine Verpflichtung zur Anwendung eines bestimmten Verfahrens zur Erhebung des Pflegebedarfs. Anders als in Kalifornien und Massachusetts bleibt damit somit offen, wie der tatsächliche Pflege- und Personalbedarf bestimmt und dokumentiert wird.

⁴² Geburtsgewicht >1500g, nicht intensivtherapiepflichtig, nicht durchgehend intensivüberwachungspflichtig.

Nordrhein-Westfalen hat in seine Krankenhausplanung 2015 Vorgaben für die Besetzung des Pflegedienstes auf Intensivstationen aufgenommen. Sie folgen den Empfehlungen der DIVI und geben eine Nurse-to-Patient Ratio von 1:2 als „erforderlich“ vor. Für Situationen, die eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal erfordern, ist ein Verhältnis von 1:1 vorgesehen. Solche Situationen werden im Gegensatz zu den Regulierungen in Kalifornien oder Massachusetts nicht auf Grundlage der Erhebung des Pflegebedarfs bestimmt, sondern sind lediglich anhand von ‚Beispielsituationen‘ im Krankenhausplan veranschaulicht.

Das Land Berlin gibt in seiner Krankenhausplanung 2016 Empfehlungen zur Personalausstattung für Intensivstationen und geriatrische Abteilungen. Im Krankenhausplan heißt es hierzu:

„Die Erfüllung der empfehlenden Bestandteile dieser Anforderungen kommt insbesondere bei krankhausplanerischen Auswahlentscheidungen zum Tragen.“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, Drucks. 17/2610: 70).

Damit wird die Befolgung der Empfehlungen lediglich zu einem von mehreren Kriterien für eine Auswahlentscheidung, die zu treffen ist, wenn mehr Krankenhäuser zur Verfügung stehen, als zur Deckung des Versorgungsbedarfs notwendig sind. Dieser Ansatz impliziert, dass die Nichtbefolgung dann toleriert werden kann, wenn keine Auswahl zwischen mehreren Kliniken möglich ist. Aber auch im Falle einer Auswahlentscheidung ist die zuständige Landesbehörde laut Krankenhausplan nicht verpflichtet, die Befolgung der Empfehlungen zur zwingend einzuhaltenden Bedingung für eine Aufnahme in den Krankenhausplan zu machen. Eine stringente und einen strikten staatlichen Willen zeigende Vorgabe sieht anders aus. Aber immerhin ist der Wille erkennbar, sich auf den Weg zu einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zu begeben. Dieser Weg scheint aber – geht man von dem gegenwärtig zu beobachtenden Tempo aus – nicht nur in Berlin ein sehr langer zu werden.

Die gescheiterte Einführung von Nurse-to-Patient Ratios in Wales

Wales wurde in den letzten Jahren mehrfach in der internationalen Diskussion als Land genannt, in dem eine Regulierung nach Art der Nurse-to-Patient Ratios eingeführt würde (u.a. Duffin 2014; Griffiths 2014; Kleebauer 2014). Dementsprechend wurde es auch in die Recherchen für die vorliegende Studie aufgenommen. Die Recherchen ergaben jedoch, dass in Wales zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Regulierung

nach Art der Nurse-to-Patient Ratios existiert. Dass Wales in Veröffentlichungen der letzten Jahre dennoch erwähnt wurde, ist offenbar darauf zurückzuführen, dass Ende 2014 ein Gesetzentwurf für die Einführung von Nurse-to-Patient Ratios vorgelegt wurde. Auf diesen Entwurf bezogen sich die erwähnten Diskussionsbeiträge. Der Entwurf wurde im Verlauf des Gesetzgebungsprozesses jedoch sehr weitgehend geändert. In dem Anfang 2016 verabschiedeten Gesetz finden sich keine Nurse-to-Patient Ratios mehr, sondern nur noch unverbindliche Apelle. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der internationalen Diskussion und auch weil der Gesetzentwurf für die internationale Diskussion durchaus interessante Ansätze enthielt, soll im Folgenden kurz auf den Inhalt des Gesetzentwurfs und den Ablauf des Gesetzgebungsprozesses eingegangen werden.

Inhalte der geplanten und der tatsächlich eingeführten staatlichen Regulierung

Am 01. Dezember 2014 wurde in die Nationalversammlung von Wales der Entwurf eines „Safe Nurse Staffing Levels (Wales) Bill“ eingebracht. Erklärtes Ziel war es, mit dem Gesetz alle Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) in Wales zu verpflichten, den Patienten zu jeder Zeit eine sichere, wirksame und qualitativ gute Pflege zu bieten (National Assembly for Wales 2014: 3). Die Walisische Regierung sollte durch das Gesetz verpflichtet werden, für alle Erwachsenenstationen der NHS-Akutkrankenhäuser in Wales eine Richtlinie zu erlassen, in der Näheres geregelt wird. Die Richtlinie sollte enthalten:

- Vorgaben zu den Methoden und dem Verfahren für die Erfüllung der Verpflichtung zur Vorhaltung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung
- empfohlene „Minimum Registered Nurse-to-Patient Ratios“, die von den einzelnen Krankenhäusern an ihre Bedingungen angepasst werden können, allerdings nur nach oben; Es sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass die Minimum Nurse-to-Patient Ratios nicht als Obergrenze anzuwenden sind
- empfohlene „Minimum Registered Nurse-to-Healthcare Worker Ratios“
- die Vorschrift, dass die Einhaltung der Mindestbesetzung in jeder einzelnen Schicht zu gewährleisten ist und
- eine Vorschrift zur Veröffentlichungspflicht jedes Krankenhauses gegenüber den Patienten über die Anzahl, Aufgaben und Verantwortlichkeiten des diensthabenden Pflegepersonals.

Die durch die Richtlinie vorzugebenden Methoden und Verfahren für die Erfüllung der aus dem Gesetz resultierenden Verpflichtungen sollten:

- den Gebrauch evidenzbasierter und valider Instrumente der Personalplanung einschließen, die in der Lage sind, den Personalbedarf für einzelne Arbeitsschichten zu berechnen
- die Einbeziehung fachlicher Urteile in den Planungsprozess ermöglichen
- Regelungen zur Bestimmung des erforderlichen Qualifikationsmix' auf Grundlage des Versorgungsbedarfs der Patienten enthalten und
- die professionellen Standards, Leitlinien und nationalen Rahmenrichtlinien der Fachverbände der Pflegeberufe berücksichtigen oder anwenden.

Darüber hinaus sollte in der Richtlinie vorgegeben werden, dass auf die Erfüllung der Mindestbesetzungen nicht angerechnet werden dürfen:

- Auszubildende und Pflegekräfte mit Leitungsfunktion (Stationsleitung, Schichtleitung)
- neues Pflegepersonal und Zeitarbeitskräfte in der Einarbeitungsphase
- Arbeitszeiten für die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen, Supervisionen etc.
- geplante und ungeplante Arbeitsabwesenheiten (Urlaub, Krankheit etc.).

Die Einhaltung der zu erlassenden Richtlinie sollte von der walisischen Regierung überwacht werden (Monitoring) und jede Gesundheitseinrichtung in Wales sollte einen jährlichen Bericht über die Einhaltung der Richtlinie veröffentlichen. Die Regierung sollte zudem über die Umsetzung des Gesetzes berichten. Der erste Bericht sollte ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes vorgelegt werden. Die nachfolgenden Berichte sollten mindestens alle zwei Jahre vorzulegen sein.

Im Verlauf der parlamentarischen Beratungen wurde der Gesetzentwurf sehr weitgehend abgeändert und dabei auch die Verpflichtung der Regierung zur Vorgabe von Nurse-to-Patient Ratios aus dem Gesetzestext gestrichen (vgl. National Assembly for Wales 2016). Am 10. Februar 2016 beschloss die walisische Nationalversammlung ein entsprechend geändertes „Nurse Staffing Levels (Wales) Bill“, das zum 21. März 2016 in Kraft trat.

Das in Kraft getretene Gesetz enthält nur noch eine allgemeine Verpflichtung der NHS-Krankenhäuser, die Bedeutung einer ausreichenden Zahl von Pflegefachkräften (RNs) für eine ‚einfühlsame Pflege‘ der Patienten zu beachten (Section 25A). Um dieses Ziel zu erreichen, sind alle

Krankenhäuser verpflichtet, eine Personalplanung durchzuführen, die Personalgewinnung, Personalbindung, Ausbildung und Fort- und Weiterbildung einschließt. Krankenhäuser wurden lediglich verpflichtet, eine für die Berechnung des Personalbedarfs zuständige Person zu benennen. Bei der Berechnung des Personalbedarfs sollen zwar Nurse-to-Patient Ratios eine Rolle spielen – aber nur solche, die die Erfüllung angemessener Anforderungen ermöglichen. Konkrete Angaben zur Zahl der erforderlichen Personalbesetzung enthält das Gesetz an keiner Stelle. Vom ursprünglichen Gesetzentwurf sind somit letztlich nur allgemeine Floskeln und unverbindliche Aufforderungen übriggeblieben.

Diskussion

Der ursprüngliche Gesetzesentwurf enthielt weitreichende Regulierungen zur Personalbesetzung im Pflegedienst der NHS-Krankenhäuser, die im Verlauf der parlamentarischen Beratungen abgeändert oder gänzlich gestrichen wurden. So enthält das verabschiedete Gesetz auch keine Vorgaben zu Nurse-to-Patient Ratios. Krankenhäuser sind lediglich verpflichtet, eine für die Berechnung des Personalbedarfs zuständige Person zu benennen. Daneben ist eine Personalplanung durchzuführen. Diese schließt Personalgewinnung, Personalbindung, Ausbildung sowie Fort- und Weiterbildung ein und ist damit relativ umfassend. Da das Gesetz aber keine konkreten Angaben zur Anzahl der erforderlichen Personalbesetzung enthält, erscheint es doch höchst zweifelhaft, ob das Gesetz überhaupt eine nennenswerte Auswirkung auf die Personalbesetzung entfalten kann.

Zusammenfassung und Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, einen Überblick über staatliche Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser nach Art der Nurse-to-Patient Ratios zu geben. Dazu wurde sowohl eine umfangreiche Literaturrecherche als auch eine gezielte Internetrecherche durchgeführt, um zunächst einmal die Staaten zu identifizieren, in denen dieses Regulierungsmodell zur Anwendung kommt. Dabei wurde allen gefundenen Hinweisen auf Staaten oder Teilstaaten (Bundesstaaten) nachgegangen, die in ausgewerteten Veröffentlichungen oder staatlichen Dokumenten als solche genannt werden, in denen Vorgaben zur Mindestbesetzung nach Art der Nurse-to-Patient Ratios existieren.

Die Prüfung der Rechercheergebnisse und insbesondere Nachforschungen auf den Internetseiten der jeweiligen zuständigen Regierungsbehörden oder Parlamente ergab jedoch, dass die in der internationalen Literatur erscheinenden Nennungen nicht immer zutreffen oder – bedingt durch den Erscheinungszeitpunkt der Veröffentlichung – durch die nachfolgenden Entwicklungen hinfällig wurden. So konnte, entgegen der teilweise in der Literatur anzutreffenden Darstellung, in Kanada keine staatliche oder tarifvertragliche Regulierung der Personalbesetzung nach Art der Nurse-to-Patient Ratios gefunden werden. Für Wales war zwar Ende 2014 ein Gesetzentwurf in die Nationalversammlung eingebracht worden, der die Einführung von Nurse-to-Patient Ratios vorsah, im Verlauf der parlamentarischen Beratungen wurde der Gesetzentwurf jedoch sehr weitgehend abgeändert. Das Anfang 2016 beschlossene Gesetz enthält nur noch die sehr allgemein und unverbindlich gefasste Aufforderung an die Krankenhäuser, die Bedeutung einer ausreichenden Zahl von Pflegekräften für eine ‚einfühlsame Pflege‘ zu beachten.

Die Recherchen ergaben zudem, dass in Australien neben den staatlichen Vorgaben in den Bundesstaaten Queensland und Victoria in allen anderen Bundestaaten die tarifvertraglichen Vereinbarungen für die Krankenhäuser in staatlicher Trägerschaft auch Vorgaben zur Personalbesetzung einschließen. Da sie sich deutlich erkennbar am Modell der Nurse-to-Patient Ratios orientieren und die staatlichen Regulierungen in Queensland und Victoria aus entsprechenden tarifvertraglichen Regelungen entstanden sind, wurden auch die tarifvertraglichen Regulie-

rungsmodelle Australiens mit in die Darstellung aufgenommen. Ihnen kommt aufgrund der Tatsache, dass sich mehr als 90% der Betten in australischen Allgemeinkrankenhäusern in staatlicher Trägerschaft befinden, eine Reichweite und Bedeutung zu, die fast an die einer allgemeingültigen staatlichen Regulierung heranreicht.

Die vorliegende Studie kann und will nicht den Anspruch erheben, einen vollständigen Überblick über alle Formen der staatlichen oder tarifvertraglichen Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser zu bieten. Ausgangspunkt der Studie war das Interesse an einer Erweiterung des Kenntnisstandes über ein spezielles Regulierungsmodell, in dessen Mittelpunkt die Vorgabe von verpflichtend einzuhaltenden Mindestbesetzungen in Form von Nurse-to-Patient Ratios steht. Dieses Modell wird international in der Regel mit dem US-Bundesstaat Kalifornien verbunden, der 2004 ‚Nurse-to-Patient Ratio Regulations‘ einführt. Die im Rahmen der vorliegenden Studie unternommenen Recherchen ergaben jedoch, dass es nicht nur weitere Staaten gibt, die ähnliche Regulierungen vorgenommen haben, sondern dass es auch ein breites Spektrum an Variationen mit einem teilweise ‚fließenden‘ Übergang zu anderen Regulierungsmodellen gibt. Da die Variationen und Bestandteile der gefundenen Regulierungsmodelle für die deutsche und sicher auch die internationale Diskussion von Interesse sein können und zahlreiche Anregungen bieten, wurden auch Regulierungsmodelle in die Darstellung aufgenommen, die nicht im engeren Sinn dem Modell der Nurse-to-Patient Ratio Regulations entsprechen, aber in der internationalen Diskussion in einen Zusammenhang zu diesem Regulierungsmodell gebracht werden.

Nach Prüfung der Rechercheergebnisse verblieben insgesamt mehr als 20 Staaten oder Teilstaaten, in denen staatliche oder tarifvertragliche Vorgaben zur Personalbesetzung für alle oder fast alle Allgemeinkrankenhäuser bestehen (Tabelle 7).

Tabelle 7: Staaten oder Teilstaaten mit Vorgaben zur Mindestbesetzung nach Art der Nurse-to-Patient Ratios

			Vorgabe von Mindestbesetzungen		Nurse-to-Bed Ratios	Verpflichtung zur Vorhaltung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung		Mitentscheidung der Pflegekräfte oder ihrer Gewerkschaften über Stellenplan und Personaleinsatzplanung		Verpflichtung zur Veröffentlichung der Ist-Personalbesetzung
	Regulierung durch staatliches Recht	Regulierung durch Tarifverträge	Nurse-to-Patient Ratios	Pflegezeitaufwand je Patient und Tag		Verpflichtung zur Ermittlung des Pflegebedarfs der Patienten	Verpflichtung zum Einsatz ausreichenden Personals zur Deckung des ermittelten Pflegebedarfs	Management und Pflegekräfte von Station	Management und Gewerkschaft	
USA										
Connecticut	+					+	+	+		
Illinois	+					+	+	+		
Kalifornien	+		+			+	+	+		
Massachusetts 1)	+		+			+	+			
Nevada	+					+	+	+		
New Jersey	+									+
New York	+									+
Ohio	+					+	+	+		
Oregon	+					+	+	+		+
Rhode Island	+									+
Texas	+					+	+	+		
Vermont	+									+
Washington	+					+	+	+		
1) Vorgaben nur für Intensivstationen										

Fortsetzung Tabelle 7: Staaten oder Teilstaaten mit Vorgaben zur Mindestbesetzung nach Art der Nurse-to-Patient Ratios

			Vorgabe von Mindestbesetzungen		Nurse-to-Bed Ratios	Verpflichtung zur Vorhaltung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung		Mitentscheidung der Pflegekräfte oder ihrer Gewerkschaften über Stellenplan und Personaleinsatzplanung		Verpflichtung zur Veröffentlichung der Ist-Personalbesetzung
	Regulierung durch staatliches Recht	Regulierung durch Tarifverträge	Nurse-to-Patient Ratios	Pflegezeitaufwand je Patient und Tag		Verpflichtung zur Ermittlung des Pflegebedarfs der Patienten	Verpflichtung zum Einsatz ausreichenden Personals zur Deckung des ermittelten Pflegebedarfs	Management und Pflegekräfte von Station	Management und Gewerkschaft	
Australien										
New South Wales		+	+	+		+	+		+	
Queensland	+		+			+	+		+	
South Australia		+		+		+	+		+	
Tasmania		+		+		+	+		+	
Victoria	+		+			+	+		+	
Western Australia		+		+		+	+		+	
Asien										
Japan	+		+							+
Südkorea	+				+					+
Taiwan	+		+							+
Europa										
Belgien	+				+	+				+
Deutschland 2)	+		+				+			+

2) Angaben beziehen sich nur auf die Vorgaben des G-BA für neonatologische Intensivstationen (Level 1 und 2)

Quelle: Eigene Darstellung.

Unterschiedliche Regulierungsmodelle in den USA, Australien, Asien und Europa

Am stärksten ausgeprägt ist die Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser in den USA und in Australien. In den USA hatten bis Ende 2015 insgesamt 14 Bundesstaaten Rechtsvorschriften erlassen, die zur Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser dienen sollen. In Australien existieren in zwei der sechs Bundesstaaten gesetzliche Vorschriften zur Personalbesetzung im Pflegedienst (Queensland, Victoria). In den übrigen vier Bundesstaaten ist die Personalbesetzung des Pflegedienstes durch Tarifverträge für alle staatlichen Krankenhäuser geregelt. Staatliche Regulierungen der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser wurden darüber hinaus in drei asiatischen Staaten (Japan, Südkorea, Taiwan) und Belgien gefunden. Für Teilbereiche gibt es mittlerweile auch in Deutschland Ansätze einer Regulierung auf Grundlage von Nurse-to-Patient Ratios (Neonatologie-Richtlinie des G-BA, Vorgaben in Krankenhausplänen der Länder).

In den *USA* ist es, wie erwähnt, keineswegs mehr nur Kalifornien, das Rechtsvorschriften zur Besetzung des Pflegedienstes in Krankenhäusern erlassen hat. Allerdings folgte nur Massachusetts dem kalifornischen Beispiel und legte Mindestbesetzungen in Form von Nurse-to-Patient Ratios fest, jedoch nur für Intensivstationen. Die Mehrzahl der anderen Staaten entschied sich für ein Regulierungsmodell, das die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Einrichtung von Nurse Staffing Committees vorsieht, die zu mindestens der Hälfte mit Pflegekräften aus der direkten Pflege besetzt sind und einen Stellenplan erarbeiten, zu dessen Einhaltung das Krankenhaus gesetzlich verpflichtet ist.

International deutlich weniger wahrgenommen als das kalifornische Regulierungsmodell sind die sehr weit gehenden Regulierungen in *Australien*. Dort existiert eine lange Tradition der Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst durch Tarifverträge. Anders als in Deutschland werden in Australien in Tarifverträgen auch Grundsätze der personellen Besetzung des Pflegedienstes vereinbart, bis hin zur Festlegung von Mindestbesetzungen auf Grundlage standardisierter Pflegebedarfszeiten pro Patient und Tag (Nursing Hours Per Patient Day), die teilweise auch in Nurse-to-Patient Ratios umgerechnet werden. Zwei australische Bundesstaaten, Victoria und Queensland, sind mittlerweile dazu übergegangen, Mindestanforderungen an die Personalbesetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser durch Gesetz oder Verordnung vorgeben. Grundlage der gesetzlichen Regelungen waren die auch in diesen Bundesstaaten zuvor existierenden tarifvertraglichen Vereinba-

rungen. Da sich in Australien mehr als 90% der Betten in Allgemeinkrankenhäusern in staatlicher Trägerschaft befinden, besteht somit eine fast vollständige Erfassung der Allgemeinkrankenhäuser durch staatliche oder tarifvertragliche Regulierungen.

Sowohl für die USA als auch für Australien kann festgehalten werden, dass dort wo staatliche Regulierungen erfolgt sind, dies in starkem Maße auf öffentliche Kampagnen der in Gewerkschaften und Berufsverbänden organisierten Pflegekräfte zurückzuführen ist. Da sich diese Verbände weiterhin für eine Ausweitung staatlicher Regulierungen einsetzen, erscheint es sehr wahrscheinlich, dass die Zahl der Bundesstaaten mit staatlicher Regulierung in den USA und in Australien in den nächsten Jahren weiter steigen wird.

Staatliche Regulierungen der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser konnten auch in asiatischen Ländern gefunden werden. Sowohl *Japan* als auch *Südkorea* und *Taiwan* haben staatliche Vorschriften zur Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals erlassen, allerdings nicht so umfangreich wie in US-Bundesstaaten und Australien. Zudem setzen die genannten asiatischen Staaten primär auf finanzielle Anreize. Dieser Ansatz scheint allerdings deutlich weniger effektiv bei der Durchsetzung der Einhaltung von Mindestbesetzungen zu sein.

Belgien hat bereits Ende der 1980er Jahre eine Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser durch staatliches Recht eingeführt. Bei den dort existierenden Vorgaben zu Mindestbesetzungen handelt es sich jedoch nicht um Nurse-to-Patient Ratios, sondern um eine Variante der Nurse-to-Bed Ratios. Die Vorgaben zur Personalbesetzung je durchschnittlich belegtem Bett sind Teil eines umfassenden Systems von Anforderungen an die Ausstattung von Krankenhäusern. Die in Belgien existierenden Vorgaben erscheinen im Vergleich zu den anderen im Rahmen der Studie gefundenen Vorgaben allerdings relativ niedrig angesetzt. Sie können wohl eher als Beispiel dafür gelten, dass allein die Tatsache der Vorgabe von Mindestanforderungen durch staatliches Recht noch nicht sicherstellt, dass diese Mindestanforderungen auch pflegefachlichen professionellen Standards genügen.

In *Deutschland* sind erste Ansätze einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser nach Art der Nurse-to-Patient Ratios zu verzeichnen. Die Neonatologie-Richtlinie des G-BA verlangt ab dem 01. Januar 2017 auf neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren des Level 1 und 2 eine 1:1 Besetzung für intensivtherapiepflichtige Frühgeborene und eine 1:2 Besetzung für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene. Die strikte Vorgabe wurde allerdings kurz vor ihrem Inkrafttreten durch einen Beschluss des G-BA vom 15. Dezember 2016 faktisch wieder aufgehoben. Durch diesen Be-

schluss wurden den betroffenen Kliniken bis Ende 2019 erlaubt, die vorgegebenen Verhältniszahlen nicht einzuhalten. Über die Verhältniszahlen hinaus enthält die Richtlinie weitere Anforderungen an die Personalausstattung der Perinatalzentren mit Pflegepersonal und Hebammen, sowohl zur Anzahl als auch zur Qualifikation.

Die Diskussion über eine stärker qualitätsorientierte Krankenhausplanung hat zudem bereits zu ersten Veränderungen geführt. Das Land Nordrhein-Westfalen hat in seinen 2015 in Kraft getretenen Krankenhausplan Anforderungen an die Personalbesetzung im Pflegedienst der Intensivstationen aufgenommen und die Vorhaltung von einer „Pflegekraft“ für je zwei „Behandlungsplätze“ für „erforderlich“ erklärt. Es ist wohl davon auszugehen, dass zukünftig weitere Bundesländer in ihre Krankenhauspläne Anforderungen an die Personalbesetzung aufnehmen werden. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob dies in Form unverbindlicher Empfehlungen oder als konkrete und zwingend einzuhaltende Anforderungen erfolgen wird.

Zum Unterschied zwischen Nurse-to-Patient Ratios und Nurse-to-Bed Ratios

Das primäre Interesse der vorliegenden Studie richtete sich auf Regulierungsmodelle, in deren Zentrum Vorgaben zu Mindestbesetzungen in Form von *Nurse-to-Patient Ratios* stehen. Als Vorbild hierfür wird international zumeist das Regulierungsmodell des US-Bundesstaates Kalifornien diskutiert. Im Mittelpunkt dieser Art von Regulierung steht die Verpflichtung der Krankenhäuser, eine durch die Verhältniszahlen definierte Personalbesetzung tatsächlich in den durch die Regelung bestimmten Arbeitsschichten oder zu jederzeit vorzuhalten. Darin unterscheiden sich diese Mindestbesetzungen von einem anderen Modell, das als *Nurse-to-Bed Ratios* bezeichnet werden kann und fälschlicherweise gelegentlich mit ihm gleichgesetzt wird.

Regulierungsmodelle nach Art der *Nurse-to-Bed Ratios* machen Vorgaben für eine vorzuhaltende Zahl an Vollkräften auf Grundlage der Zahl der aufgestellten oder durchschnittlich belegten Betten. Damit unterscheiden sie sich in einem entscheidenden Punkt vom Regulierungsmodell der *Nurse-to-Patient Ratios*: Die im Stellenplan vorgesehene Zahl an Vollkräften ist weder identisch mit der tatsächlichen Besetzung in den verschiedenen Arbeitsschichten, noch kann von ihr auf indirektem Weg die tatsächliche Personalbesetzung pro Schicht geschlossen werden. Im Stellenplan wird die Zahl der für eine bestimmte Station oder Abteilung bereitgestellten Planstellen festgelegt, in der Regel ausgedrückt in Voll-

zeitäquivalenten oder Vollkräften. Deren Summe ergibt das insgesamt für die betreffende Station im Jahresdurchschnitt zur Verfügung stehende Volumen der Brutto-Arbeitszeit. Die Brutto-Arbeitszeit laut Stellenplan darf aus folgenden Gründen aber nicht mit der in der Früh-, Spät- oder Nachtschicht tatsächlich verfügbaren Personalbesetzung gleichgesetzt werden:

- Es handelt sich um die Bruttoarbeitszeit, nicht die Nettoarbeitszeit. Arbeitsausfallzeiten wie Urlaub, Krankheit etc. sind in der Bruttoarbeitszeit nicht berücksichtigt. Erst nach Abzug der Arbeitsausfallzeiten ergibt sich die für die Versorgung der Patienten tatsächlich zur Verfügung stehende Netto-Arbeitszeit für die betreffende Station oder Abteilung. Eine seriöse Berechnung des Personalbedarfs hat dementsprechend zwingend auf Grundlage der Nettoarbeitszeit zu erfolgen.
- Aber auch die Gesamt-Nettoarbeitszeit bei einem gegebenen Stellenplan erlaubt keinen direkten Rückschluss auf die in einer bestimmten Arbeitsschicht verfügbare tatsächliche Gesamt-Nettoarbeitszeit für eine Station. Der Stellenplan gibt nur die Gesamtzahl der für die betreffende Organisationseinheit zur Verfügung stehenden Stellen an. Mit dieser Gesamtzahl müssen auf den Stationen in der Regel drei Schichten pro Tag abgedeckt werden. Da die Besetzung zwischen den Arbeitsschichten zumeist nicht gleichmäßig verteilt ist, kann auch nicht durch eine Aufteilung der Zahl der Vollkräfte in drei gleiche Teile auf die tatsächliche Personalbesetzung in der Früh-, Spät- oder Nachtschicht geschlossen werden.
- Zudem beinhaltet die Gesamtzahl des Pflegepersonals auch diejenigen Pflegekräfte, die nicht in der unmittelbaren Pflege tätig sind, sondern in Leitungsfunktionen, dem Belegungsmanagement, der Anleitung von Auszubildenden etc.
- Sofern es sich bei vorgegebenen Nurse-to-Bed Ratios um Durchschnittswerte für längere Zeiträume handelt, beispielsweise für ein Jahr oder ein Vierteljahr, ist darüberhinaus zu beachten, dass damit zum Teil erhebliche Abweichungen an einzelnen Tagen oder in einzelnen Schichten erlaubt werden. Angaben zur Personalbesetzung als Nurse-to-Bed Ratio geben deshalb auch keine zuverlässige Auskunft über die tatsächliche Personalbesetzung zu einem bestimmten Zeitpunkt. Dieser Ansatz ist folglich auch nicht hinreichend für Zwecke der Qualitätssicherung geeignet.
- Die tatsächlich in den einzelnen Schichten für die direkte Pflege verfügbare Personalbesetzung ist aus den oben genannten Gründen deutlich niedriger als dies beispielsweise bei einer Angabe wie „Voll-

kräfte je durchschnittlich belegte Betten“ den Anschein erwecken kann.

Eine Variante des Modells der Nurse-to-Bed Ratios sind die in der Bundesrepublik Deutschland seit Jahrzehnten eingesetzten so genannten ‚Anhaltszahlen‘ der DKG. Allerdings handelte es sich bei den Anhaltszahlen zu keiner Zeit um verbindlich einzuhaltende Vorgaben zur Personalbesetzung, sondern lediglich um eine empfohlene Methode der Personalbedarfsermittlung, die bis Anfang der 1990er Jahre als Grundlage für die Budgetvereinbarungen und auch für externe Wirtschaftlichkeitsprüfungen diente. Auch die in den Jahren 1993 bis 1995 verpflichtend anzuwendende Pflege-Personalregelung (PPR) für den Tagdienst somatischer Normalstationen sowie die heute noch geltende Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) sind dem Modell der Nurse-to-Bed Ratios zuzurechnen, da sie eine Methode zur Berechnung des Stellenplans auf Grundlage der Zahl der durchschnittlich belegten Betten vorgeben.⁴³

Nurse-to-Patient Ratios als Instrument der Qualitätssicherung

Eine Regulierung nach Art der Nurse-to-Bed Ratios mag für Zwecke der Stellenplanberechnung, Budgetbemessung und Vereinbarung von Vergütungen vollkommen ausreichend sein. Für die Zwecke der Qualitätssicherung ist sie nur sehr eingeschränkt tauglich, wenn überhaupt. Und dieser Aspekt ist der zentrale Punkt des Regulierungsmodells der Minimum Nurse-to-Patient Ratios. Dieses Modell ist nicht für Zwecke der Budgetkalkulation entwickelt worden, sondern primär für Zwecke der Qualitätssicherung und indirekt auch zur Sicherstellung einer langfristig verfügbaren ausreichenden Zahl an Pflegekräften. Dieser zweite Zweck ist insofern direkt mit dem ersten verbunden, als die Bereitstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung nicht nur dem Schutz der Patientengesundheit dienen kann, sondern auch eine wesentliche Voraussetzung für zufriedenstellende Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals ist, die wiederum eine sehr wichtige Voraussetzung für den langfristigen Verbleib im Beruf und die Gewinnung ausreichenden Nachwuchses sind.

43 Anders als die PPR dient die Psych-PV zur Berechnung der Stellen für Pflegepersonal, sondern für das gesamte therapeutische Personal einer Station, also auch der Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter etc.

Primärer Zweck der in der vorliegenden Studie vorgestellten Regulierungen soll eindeutig der Schutz der Patientengesundheit sein. Insbesondere die US-amerikanischen und die australischen Regulierungsmodelle bauen explizit auf der Überzeugung auf, dass es einen Zusammenhang zwischen der personellen Besetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser und der Gesundheit der Patienten gibt. Ein solcher Zusammenhang wird jedoch durchaus auch in Zweifel gezogen (vgl. u.a. Griffiths et al. 2014; IQWiG 2006;). Insofern erscheint es sinnvoll, an dieser Stelle im Rahmen eines kurzen Exkurses auf diese Zweifel einzugehen.

Zur Kontroverse über die Existenz eines Zusammenhangs zwischen Personalbesetzung und Patientengesundheit

In der wissenschaftlichen Diskussion werden Zweifel an der Existenz eines Zusammenhangs zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals in Krankenhäusern und der Patientengesundheit insbesondere damit begründet, dass es nicht nur Studien gibt, in denen ein solcher Zusammenhang gefunden wurde, sondern auch Studien, deren Daten keinen signifikanten Zusammenhang erkennen ließen. Diese Heterogenität der Forschungsergebnisse wurde im Rahmen der hier vorgelegten Studie am Beispiel der empirischen Studien über die Auswirkungen der kalifornischen Nurse-to-Patient Ratios deutlich. Studien, die einen Zusammenhang feststellten, werden nicht selten als methodisch schwach oder mangelbehaftet kritisiert. Als Maßstab dient dabei zumeist die Evidenzhierarchie der Evidence Based Medicine (EBM), nach der als ‚Goldstandard‘ in der Regel so genannte Randomized Controlled Trials (RCTs) gelten (EBM vgl. u.a. Greenhalgh 2015; Kunz et al. 2007).

In der Tat ist die internationale Forschungslage heterogen. Allerdings dürfte kaum in Zweifel zu ziehen sein, dass die weit überwiegende Zahl der zu dieser Frage bislang durchgeführten Studien zu dem Ergebnis kam, dass es signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals in Krankenhäusern und der Patientengesundheit gibt. Häufig verwendete Indikatoren für die Auswirkungen unzureichender Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser auf die Patientengesundheit sind u.a. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen, Lungenembolien, Wundinfektionen, Sepsis, tiefe Beinvenenthrombosen, gastrointestinale Blutungen, Versterben aufgrund zu spät erkannter Komplikationen etc.

Die bisherigen Studien erfüllen allerdings – gleich zu welchem Ergebnis sie führten – nicht die Anforderungen der höchsten Evidenzstufen. Und zwar vor allem, weil es sich zumeist entweder nur um sozialwissenschaftliche Befragungen, beispielsweise des Pflegepersonals,

oder um so genannte ‚retrospektive Studien‘ handelt, bei denen beispielsweise auf Grundlage von Daten einer Auswahl von Krankenhäusern und Fällen vergangener Perioden rückblickend so genannte ‚Sekundärdatenanalysen‘ durchgeführt wurden. Die höchsten Evidenzstufen für klinische Forschung verlangen hingegen prospektive, auf einen zukünftigen Zeitraum bezogene und unter kontrollierten Bedingungen durchgeführte klinische Studien, deren Stichprobe auf einer strengen Zufallsauswahl basiert. Diese Bedingungen sind jedoch für die hier diskutierte Fragestellung weder zu erfüllen noch angemessen.

Die Frage nach einem Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und der Patientengesundheit verlangt nach Studien in der Praxis der Krankenhausversorgung. Studien, die unter kontrollierten Bedingungen auf reinen Forschungsstationen durchgeführt würden, wären dem Einwand ausgesetzt, dass ihre Ergebnisse allein durch ihr Design nicht auf die Realität des Krankenhausalltags übertragbar sind. Der Alltag einer Krankenhausstation, einer Notaufnahme etc. ist weitaus komplexer, als er in Laborsituationen nachgebildet werden kann. Bei dem zu erforschenden Zusammenhang handelt es sich um einen unvergleichbar komplexeren und schwieriger zu erforschenden Ursache-Wirkungs-Zusammenhang als beispielsweise bei der Frage nach der Wirkung eines neuen Arzneimittels, wie sie typischerweise in klinischen Studien erforscht wird.

Insofern kommen für die Erforschung des hier erörterten Zusammenhangs nur Studien infrage, die die reale Krankenhauspraxis untersuchen. Die aber ist so komplex, dass nicht alle Randbedingungen und sonstigen Einflüsse vollständig zu kontrollieren oder auszuschließen sind. Folglich kann gegen jede, die reale Krankenhausversorgung untersuchende Studie der Einwand erhoben werden, sie genüge nicht den Anforderungen der höchsten Stufen der Evidenzhierarchie.

Zudem stehen derartige Studien vor demselben Problem wie jede Forschung in der sozialen Wirklichkeit. Die Teilnahme von Krankenhäusern wäre freiwillig und würde damit den strengen Anforderungen der Repräsentativität nicht genügen, da systematische Verzerrungen durch selektive, interessengesteuerte Teilnahme oder Nicht-Teilnahme nicht ausgeschlossen, ja sogar zu erwarten wären. Eine wirklich repräsentative Stichprobe wäre nur durch eine mit Sanktionen bewehrte gesetzliche Teilnahmepflicht zu erreichen, wie sie in Deutschland bislang nur für die regelmäßig durchgeführte so genannte Mikrozensus-Befragung besteht.

Festzuhalten ist aber auf jeden Fall, dass die oben angesprochenen Einwände nicht nur gegen Studien zu erheben sind, die einen Zusammenhang gefunden haben, sondern auch gegen solche, die keinen Zusammenhang gefunden haben.

Die vorstehenden Ausführungen sollen keineswegs die bisherigen Studien und ihre Ergebnisse entwerten, sondern vielmehr grundsätzliche methodische Probleme einer empirischen Erforschung der Frage nach einem Zusammenhang zwischen Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Patientengesundheit verdeutlichen. Wenn RCTs zu dieser Frage weder realisierbar noch angemessen sind, bleiben nur andere Studiendesigns, die in der Evidenzhierarchie unter den RCTs angesiedelt werden. Diese gelten im Übrigen in der evidenzbasierten Medizin allerdings auch als methodische Ansätze, die zu vertrauenswürdigen Erkenntnissen führen können (Greenhalgh 2015; Kunz et al. 2007). Auch für die Evidenzbasierte Medizin gilt, dass es nicht *die* eine Methode gibt, die für alle Gegenstandsbereiche und Fragestellungen geeignet ist. Die Wahl der Methodik hat sich nach dem jeweiligen Gegenstand und der Fragestellung zu richten. Und für die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von Studienergebnissen ist vor allem von Bedeutung, dass die jeweilige Methode den methodischen Standards der jeweiligen Wissenschaftsdisziplin entsprechend angewendet wird.

Hier ist jedoch nicht der Ort, in eine vertiefende Diskussion der methodischen Qualität bisheriger Primärstudien und systematischer Literaturübersichten zum Thema einzusteigen. Die vorliegende Studie sollte weder einen Überblick über den Stand der internationalen Forschung bieten noch die methodische Qualität der bisherigen Forschung analysieren und diskutieren. Für die Zwecke der vorliegenden Studie ist es vielmehr entscheidend festzuhalten, dass die Gesetz- und Verordnungsgeber insbesondere in den USA und in Australien ihre Regulierungen ausgehend von der Annahme vornahmen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und der Gesundheit von Krankenhauspatienten gibt.

Die Annahme eines solchen Zusammenhangs erscheint trotz der angesprochenen methodischen Probleme empirischer Forschung mehr als gerechtfertigt. Insbesondere wenn man sich das Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum von Pflegekräften in Krankenhäusern vor Augen führt, auf das an späterer Stelle dieses Schlusskapitels noch etwas näher eingegangen wird. Allein die Vorstellung eines Krankenhauses ohne jegliches qualifizierte Pflegepersonal dürfte ausreichen, um die Fragwürdigkeit von grundsätzlichen Zweifeln an einem solchen Zusammenhang deutlich werden zu lassen.

Wie oben angesprochen, sollen Vorgaben zur Personalbesetzung in den Staaten, die solche Vorgaben machen, primär dem Schutz der Patientengesundheit dienen. Um diesen Zweck erreichen zu können, müssen es Vorgaben zur tatsächlichen, in den einzelnen Arbeitsschichten ver-

fügbaren Personalbesetzung sein. Denn was hilft es einem Patienten, der aufgrund einer vorübergehenden personellen Unterbesetzung im Pflegedienst einer Station eine vermeidbare Komplikation erleidet und dadurch einen dauerhaften gesundheitlichen Schaden davonträgt, wenn ihm als Entschuldigung gesagt wird, in der Vorwoche wäre das nicht geschehen, denn da sei man gut besetzt gewesen?

Legt man den obenstehend entwickelten Maßstab an die in der vorliegenden Studie vorgestellten Regulierungsmodelle an, so handelt es sich vor allem bei den Regulierungsmodellen der US-Bundesstaaten Kalifornien und Massachusetts und der australischen Bundesstaaten Queensland und Victoria um Regulierungen, in deren Zentrum Vorgaben zu Mindestbesetzungen für die tatsächliche Personalbesetzung auf Station stehen, die als Nurse-to-Patient Ratios angegeben werden. Da die in den tarifvertraglichen Regulierungen der übrigen australischen Bundesstaaten vorgegebenen Nursing Hours Per Patient Day dem gleichen Grundsatz folgen und – wie am Beispiel von New South Wales gezeigt – relativ problemlos in Nurse-to-Patient Ratios umzurechnen sind, können auch die in den übrigen australischen Bundesstaaten bestehenden tarifvertraglichen Regulierungen dem Regulierungsmodell der Nurse-to-Patient Ratios zugerechnet werden. Wie in der Diskussion der tarifvertraglichen Regulierung für die staatlichen Krankenhäuser in New South Wales bereits dargelegt, sind Nurse-to-Patient-Ratios und Nursing Hours Per Patient Day bei genauer Betrachtung nur unterschiedliche Maßeinheiten, die gegeneinander austauschbar sind. Entscheidend ist der Umstand, dass eine bestimmte, festgelegte Personalbesetzung pro Schicht für eine bestimmte Anzahl von Patienten tatsächlich vorgehalten werden muss. Diesem Grundsatz folgen auch die in der deutschen Neonatologie-Richtlinie enthaltenen Vorgaben zur Personalbesetzung im Pflegedienst neonatologischer Intensivstationen der Perinatalzentren des Levels 1 und 2. Auch sie können folglich dem Modell der Nurse-to-Patient Ratios zugerechnet werden.

Die Verpflichtung zur Vorhaltung einer bestimmten Anzahl an Pflegekräften ist in allen Regulierungsmodellen nach Art der Nurse-to-Patient Ratios auch mit Vorgaben zu deren Qualifikation verbunden. Im Zentrum der Vorgaben steht die Verpflichtung zum Einsatz ausgebildeter Pflegekräfte und die Vorgabe eines mindestens einzuhaltenden Qualifikationsmixes. Wie in den einzelnen Kapiteln dargelegt, existieren allerdings sowohl zwischen den USA und Australien als auch innerhalb der USA unterschiedliche Qualifizierungssysteme für Pflegeberufe.

In den anglo-amerikanischen Staaten stehen die „Licensed Nurses“ im Mittelpunkt. Die Bezeichnung „Licensed Nurses“ gibt letztlich nur an, dass es sich um Pflegekräfte handelt, die über eine für ihre Berufsaus-

übung erforderliche Registrierung und staatliche Zulassung verfügen. Das Spektrum der Pflegeberufe, die in den USA den Licensed Nurses zugerechnet werden, ist relativ weit gefasst. Es reicht von Pflegekräften mit einer ein- bis zweijährigen Berufsausbildung, den „Licensed Vocational Nurses“ (LVNs) oder „Licensed Practical Nurses“ (LPNs) über Pflegekräfte mit einer drei- bis vierjährigen beruflichen Ausbildung oder mit einer hochschulischen Erstausbildung und mindestens einem Bachelorabschluss, die in der Regel als „Registered Nurses“ (RNs) bezeichnet werden.

In Australien stehen diejenigen Pflegekräfte im Zentrum, die vom „Nursing and Midwifery Board of Australia“ (NMBA) registriert werden. Es gibt generell zwei unterschiedliche Ausbildungs- und Registrierungswege für Pflegekräfte in Australien. Die „Registered Nurses“ (RNs) haben eine dreijährige hochschulische Erstausbildung und einen Bachelorabschluss. Die „Enrolled Nurses“ (ENs) haben eine zweijährige Krankenpflegeausbildung mit einem Diplom oder einem Zertifikat IV in der Krankenpflege an einer Berufsfachschule oder einer ähnlichen Bildungseinrichtung abgeschlossen.⁴⁴

Vor diesem Hintergrund enthalten die verschiedenen Regulierungssysteme in der Regel Vorgaben zu dem mindestens einzuhaltenden Anteil an Registered Nurses (RNs) mit einer mindestens dreijährigen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung. In den australischen Regulierungen wird in der Regel ein Anteil von 80% RNs gefordert, in Kalifornien sind es 50%. Für besonders anspruchsvolle Versorgungsbereiche wie Intensivstationen oder Notaufnahmen wird eine Erfüllung der Vorgaben ausschließlich durch RNs gefordert.

Bei den US-amerikanischen Regulierungen zu beachten, dass das amerikanische System der Berufsausübung in der Pflege regelmäßige Fortbildungen und Erneuerungen der Berufslizenz vorsieht und ein erheblicher Teil der LVNs und LPNs ihr Qualifizierungsniveau durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen anhebt.

Will man eine Parallele zu den in Deutschland existierenden Qualifikationsstufen für Pflegeberufe ziehen, so dürfte wohl davon auszugehen sein, dass in den Nurse-to-Patient Ratios ein Qualifikationsniveau gefordert wird, das weitgehend dem der deutschen dreijährigen Ausbildung zur Pflegefachkraft entspricht, mindestens jedoch einer zweijährigen Ausbildung zur Pflegeassistentin, wobei deren Anteil – analog zu den LVNs, LPNs oder ENs – zu begrenzen wäre, beispielsweise auf 20%

44 Im Bundesstaat Victoria werden RNs und ENs als „Registered Nurses“ bezeichnet, allerdings entsprechend unterschiedlicher Registrierungsanforderungen in „RN Division 1“ und „RN Division 2“ differenziert.

wie in Australien. Hierbei wäre aber zu bedenken, dass die Pflegehilfausbildungen⁴⁵ in Deutschland nicht bundeseinheitlich geregelt sind. Sie dauern ein bis zwei Jahre und sind von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich ausgestaltet. Die im Jahr 2007 zuerst in Hamburg eingeführte Ausbildung zum Pflegeassistenten beziehungsweise zum Gesundheits- und Pflegeassistenten soll zwar mittelfristig in allen Bundesländern die Helferausbildungen ablösen. Noch ist diese Ausbildung aber nicht bundesweit etabliert. Zudem besteht für die deutschen Helferberufe in der Pflege keine Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung und zur Erneuerung der Berufserlaubnis – daher erscheint ein genereller Vergleich mit den Anforderungen an LVNs, LPNs oder ENs nur schwer möglich.

Zu erwähnen bleibt noch, dass sowohl in den USA als auch in Australien im Pflegedienst der Krankenhäuser auch Hilfskräfte ohne Pflegehilfausbildung eingesetzt werden. Sie dürfen jedoch nicht auf die geforderte Mindestbesetzung angerechnet werden. Ungelernte oder angelehrte Pflegehilfskräfte sind in den Regulierungssystemen mitgedacht, aber nur als zusätzlich einzusetzendes Personal.

Vergleicht man die vorgegebenen Mindestbesetzungen in den USA und Australien, so lässt sich ein gewisser ‚Grundstandard‘ für die Besetzung mit Pflegefachkräften (Registered Nurses) erkennen. Bei Normalstationen kann er für den Tagdienst ungefähr bei einer Verhältniszahl von 1:4 bis 1:5 verortet werden und für den Nachtdienst bei 1:7 oder maximal 1:10. Für Intensivstationen wird im Regelfall für alle Schichten eine Personalbesetzung von 1:1 und für weniger schwere Fälle von höchstens 1:2 verlangt.

Leider bietet die deutsche Krankenhausstatistik keine Angaben zur Personalbesetzung des Pflegedienstes der Allgemeinkrankenhäuser in Form von Nurse-to-Patient Ratios. Erfahrungsberichte aus deutschen Krankenhäusern und auch die Ergebnisse einer international vergleichenden Studie lassen es jedoch gerechtfertigt erscheinen, davon auszugehen, dass in Deutschland die gegenwärtige Besetzung mit Pflegekräften des weit überwiegenden Teils der Normalstationen und auch der Intensivstation erheblich unter der anderer vergleichbarer Staaten liegt. Eine Befragung im Rahmen der 2009-2010 durchgeführten RN4CAST-Studie ergab, dass in den in die Untersuchung einbezogenen deutschen Krankenhäusern eine Pflegefachkraft durchschnittlich 13,0 Patienten pro Schicht zu versorgen hatte (Aiken 2012). In den USA waren es hingegen

45 Gesundheits- und Pflegeassistent, Altenpflegehelfer, Pflegefachhelfer, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Alltagsbetreuer (Baden-Württemberg), Sozialbetreuer (Bayern).

nur 5,3, in den Niederlanden 7,0, in Schweden 7,7 oder in der Schweiz 7,9 (Tab. 8). Wurden auch die Pflegehilfskräfte in die Berechnung einbezogen, so vergrößerte sich der Unterschied noch. Während das Verhältnis in Deutschland bei 1:10,5 lag, waren es in den USA nur 1:3,6, in den Niederlanden 1:5,0, in Schweden 1:4,2 oder in der Schweiz 1:5,0.

Tabelle 8: Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser in 12 europäischen Staaten und den USA

	Patienten pro Registered Nurse oder vergleichbar qualifizierte Pflegefachkraft	Patienten pro Pflegekraft (Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte insgesamt)
Belgien	10,7	7,9
Deutschland	13,0	10,5
England	8,6	4,8
Finnland	8,3	5,3
Griechenland	10,2	6,2
Irland	6,9	5,0
Niederlande	7,0	5,0
Norwegen	5,4	3,3
Polen	10,5	7,1
Schweden	7,7	4,2
Schweiz	7,9	5,0
Spanien	12,6	6,8
USA	5,3	3,6

Quelle: Aiken et al. (2012); eigene Übersetzung, eigene Darstellung.

In deutschen Allgemeinkrankenhäusern werden somit offenbar nicht nur erheblich weniger Pflegefachkräfte im Verhältnis zur Patientenzahl eingesetzt. Diese relativ wenigen Pflegefachkräfte werden noch dazu von deutlich weniger Pflegehilfskräften unterstützt als dies in anderen vergleichbaren Staaten der Fall ist.

International existierende Regulierungen: Deutlich mehr als nur die Vorgabe von Mindestbesetzungen

Die nähere Betrachtung der in die vorliegende Studie einbezogenen Regulierungsmodelle ergab, dass vor allem die in den USA und Australien existierenden Regulierungen deutlich mehr umfassen als nur die reinen Nurse-to-Patient Ratios oder standardisierte Zeitwerte für ein verpflichtend bereitzustellendes Volumen an Pflegearbeitszeit je Patient und

Tag. Vor allem die folgenden Regelungsbereiche und Vorgaben sind üblicherweise Bestandteil dieses Regulierungsmodells.

Erhebung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten

Krankenhäuser werden in der Regel verpflichtet, den individuellen Pflegebedarf jedes einzelnen Patienten mit Hilfe eines geeigneten Verfahrens zur Ermittlung des Pflegebedarfs zu erheben. Für die Nurse-to-Patient Ratios wird folglich nicht der Anspruch erhoben, sie würden den tatsächlichen Pflegebedarf jedes einzelnen Patienten abbilden. Da sie nur eine Untergrenze in Form einer Mindestbesetzung festlegen, ist es folgerichtig, dass darüberhinausgehender Pflegebedarf in geeigneter Weise ermittelt werden muss.

Anforderungen an das einzusetzende Assessmentinstrument

Das zur Ermittlung des Pflegebedarfs einzusetzende Instrument wird zumeist nicht für alle Krankenhäuser einheitlich vorgegeben, es werden aber in der Regel konkrete Anforderungen an das Instrument gestellt, die erfüllt sein müssen. Teilweise wird auch festgelegt, dass nur solche Instrumente eingesetzt werden dürfen, die von der zuständigen staatlichen Behörde zertifiziert wurden. Die Entwicklung eines eigenen Instrumentes oder die Entscheidung für die Übernahme eines bestehenden Instruments wird zudem nicht der Krankenhausleitung überlassen, sondern einer paritätisch besetzten Kommission zugewiesen, die zur Hälfte mit Vertretern der in der direkten Pflege tätigen Pflegekräfte (USA) oder der Gewerkschaften (Australien) besetzt sein muss.

Bereitstellung zusätzlichen Personals

Sofern die Erhebung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten einen höheren Personalbedarf ergibt, als er durch die Nurse-to-Patient Ratios gedeckt wird, ist zusätzliches Personal im erforderlichen Umfang vorzuhalten. Dies kann als Grundsatz des Regulierungsmodells gelten, der sowohl in den USA als auch in Australien gilt. Die vorgegebenen Nurse-to-Patient Ratios sind – dies wird teilweise auch in der Bezeichnung als ‚Minimum Nurse-to-Patient Ratios‘ deutlich gemacht – lediglich Mindestanforderungen an die Personalausstattung, die nicht unterschritten werden dürfen. Sie sollen keineswegs als regulärer Standard oder gar als Obergrenzen dienen.

Überwachung der Einhaltung der Vorschriften

Ein Regulierungssystem zur Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser bedarf unabdingbar eines Systems zur Überwachung der Einhaltung der Rechtsvorschriften oder tarifvertraglichen Vereinba-

rungen. Bemerkenswert an den existierenden Regulierungsmodellen in den USA und in Australien ist, dass dabei nicht nur auf staatliche Kontrolle vertraut wird, sondern in starkem Maße auf die Einbeziehung der Betroffenen gesetzt wird. Zur staatlichen Kontrolle gehört in der Regel eine Berichtspflicht der Krankenhäuser über die Einhaltung der Vorschriften sowie die Verpflichtung der Kliniken, den zuständigen Behörden jederzeit auf Anforderung hin alle notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Teilweise sehen die Rechtsvorschriften auch eine Vor-Ort-Überprüfung der Krankenhäuser durch die zuständigen staatlichen Behörden vor. Darüber hinaus wird aber sowohl in den USA als auch in Australien in starkem Maße auf die in den jeweiligen Krankenhäusern beschäftigten Pflegekräfte gesetzt. Sie erfahren als Erste und unmittelbar, wenn die tatsächliche Personalbesetzung unzureichend ist, weil Mindestbesetzungen unterschritten werden oder die mit dem Assessmentinstrument ermittelte erforderliche Personalbesetzung nicht eingehalten wird. Für solche Fälle sehen mehrere Regulierungssysteme ein gestuftes System der Meldung solcher Verstöße vor, das vom informellen Hinweis an die Pflegedienstleitung, einem geregelten formellen Beschwerdeverfahren innerhalb des Krankenhauses über telefonische Informationen an staatliche Behörden bis hin zur Anrufung eines Zivilgerichts reichen kann.

Durchsetzung der Einhaltung der Vorschriften

Zur Durchsetzung der Einhaltung der Vorschriften sehen die bestehenden Regulierungsmodelle zumeist ein gestuftes System vor, dessen Konstruktion in starkem Maße auch von der Art des Gesundheitssystems abhängig ist. So kann in einem staatlichen Gesundheitssystem, in dem sich mehr als 90% der Krankenhausbetten in staatlicher Trägerschaft befinden, das zuständige Gesundheitsministerium die staatlichen Krankenhäuser auf dem Wege von Anordnungen und Verwaltungsvorschriften zur Einhaltung der Vorgaben unmittelbar zwingen. In einem Gesundheitssystem, in dem sich nur ein kleinerer Teil der Krankenhäuser in staatlicher Trägerschaft befindet, steht den zuständigen Behörden dieser Weg nicht offen. Die nicht in Trägerschaft des Staates befindlichen Kliniken können nur auf anderen Wegen zur Einhaltung veranlasst werden. Der zentrale Ansatzpunkt hierfür ist in der Regel die Zulassung zur Krankenhausversorgung, entweder in Form einer Lizenz zum Betrieb eines Krankenhauses oder in Form der Zulassung zur Behandlung von Versicherten der staatlichen Krankenversicherung. Der zweite Ansatzpunkt ist außer in Australien auch in Deutschland anzutreffen, wenn in einem Bundesland die Aufnahme in den Krankenhausplan und die damit verbundene Zulassung zur Versorgung von GKV-Versicherten an be-

stimmte Bedingungen geknüpft wird. Der Entzug der Zulassung ist jedoch ein sehr schwerwiegendes Sanktionsmittel und sicherlich erst als letztes einsetzbar, wenn zuvor andere, weniger weitgehende erfolglos eingesetzt wurden. Insofern finden sich sowohl in den USA als auch in Australien Sanktionssysteme, die eine Reihe von Zwischenschritten vorsehen, wie beispielsweise einen vorübergehenden Aufnahmestopp oder die vorübergehende Schließung von Betten oder Abteilungen.

Ein weiterer Ansatzpunkt für die Durchsetzung der Einhaltung der entsprechenden Rechtsvorschriften kann die Finanzierung sein, indem die Höhe der Vergütung von dem Ausmaß der Einhaltung der Vorgaben zur Personalbesetzung abhängig gemacht wird. Dieser Ansatzpunkt wird insbesondere in den drei in dieser Studie vorgestellten Regulierungsmodellen asiatischer Staaten genutzt. Allein auf finanzielle ‚Anreize‘ zu setzen scheint allerdings wenig hilfreich für die Durchsetzung vorgegebener Mindestbesetzungen zu sein. Ein allein auf finanzielle Anreize setzendes System kann nicht verhindern, dass Krankenhausträger oder -leitungen bewusst Mindereinnahmen in Kauf nehmen, wenn die Kostenersparnisse durch Unterbesetzung größer sind als die Mindereinnahmen. Zudem kann in einem solchen System nicht verhindert werden, dass Kliniken auf dem Arbeitsmarkt nicht ausreichend Personal gewinnen können, aber dennoch ihren Betrieb aufrechterhalten.

Auch Geldbußen als alleiniges oder primäres Sanktionsmittel sind problematisch. Bewegen sie sich auf einem relativ niedrigen Niveau, ist das System anfällig für Kosten-Nutzen-Erwägungen. Je nach Höhe der Geldbuße kann es ‚billiger‘ sein, eine Geldbuße zu zahlen, als das geforderte Personal zu beschäftigen. Bewegen sich die Geldstrafen auf einem relativ hohen Niveau, können sie womöglich die wirtschaftliche Existenz eines Krankenhauses gefährden, das für die Versorgung einer bestimmten Region unverzichtbar ist. Dies kann beispielsweise für kleine Kliniken in abgelegenen ländlichen Regionen gelten, wie sie in den USA oder Australien relativ häufig anzutreffen sind.

Die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Offenlegung ihrer tatsächlichen Personalbesetzung für jede einzelne Abteilung und Station dürfte als alleiniger oder primärer Ansatzpunkt ebenso wenig hilfreich für die Durchsetzung von Mindestanforderungen sein. Die Veröffentlichung der Ist-Personalbesetzung kann zudem nur dann als Druckmittel wirken, wenn zugleich auch Sollwerte für einen Abgleich öffentlich verfügbar sind. Solche Sollwerte können entweder vorgegebene und verpflichtend einzuhaltende Mindestbesetzungen bieten oder aber die Ergebnisse einer Personalbedarfsermittlung auf Grundlage eines anerkannten und

gegebenenfalls staatlich zertifizierten Verfahrens zur Erhebung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten.⁴⁶

Die existierenden Regulierungsmodelle in den USA und Australien weisen zwar eine Reihe von Ähnlichkeiten auf, aber auch Unterschiede. Einer der auffälligsten und wichtigsten Unterschiede dürfte das Maß der Ausdifferenzierung der Nurse-to-Patient Ratios sein. Während das kalifornische Regulierungsmodell lediglich zwischen verschiedenen Arten von Stationen und Fachabteilungen differenziert, wird in den australischen Regulierungsmodellen darüber hinaus auch zwischen den unterschiedlichen Versorgungsstufen der Krankenhäuser und zwischen der Früh-, Spät- und Nachtschicht differenziert. Eine solche Differenzierung dürfte aus deutscher Sicht sicherlich sehr sinnvoll erscheinen. Allerdings ist an dieser Stelle festzuhalten, dass es sich bei den Nurse-to-Patient Ratios um Mindestbesetzungen und somit Untergrenzen handelt und der tatsächlich auf den Stationen und in den sonstigen Bereichen abzudeckende Pflegebedarf der Patienten in der Regel auf Grundlage eines gesonderten Verfahrens zur Erhebung des Pflegebedarfs zu ermitteln ist. Aber dennoch kann es durchaus sinnvoll sein, auch bereits auf der Ebene von Mindestbesetzungen gewisse Differenzierungen vorzunehmen. Wenngleich die Differenzierung nach Versorgungsstufen oder Arbeitsschichten noch sehr grob ist und eine Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs nicht ersetzen kann. Denn auch innerhalb einer Versorgungsstufe oder zwischen verschiedenen Stationen einer Fachabteilung bestehen vielfach Unterschiede im Pflegebedarf der Patienten.

Diese Unterschiede über differenzierte Vorgaben zu Mindestbesetzungen vollständig erfassen zu wollen, wäre sicher zum Scheitern verurteilt. Eine Differenzierung beispielsweise nach Krankheitsbildern, Alter etc. würde den Komplexitätsgrad der notwendigen Vorgaben in einem letztlich nicht praktikablen Ausmaß steigern. Insofern sind den Möglichkeiten der Differenzierung in diesem Ansatz relativ enge Grenzen gesetzt. Eine solche, die individuellen Unterschiede im Pflegebedarf der

46 In Deutschland sind die zur Versorgung von GKV-Versicherten zugelassenen Krankenhäuser zwar verpflichtet, die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst in ihren Qualitätsberichten anzugeben. Die in den Qualitätsberichten enthaltenen Angaben unterliegen jedoch keiner wirksamen Kontrolle, weder durch ein mit Pflegekräften besetztes krankenhausinternes Gremium (analog zu den USA und Australien) noch durch die zuständige staatliche Behörde oder die Krankenkassen. Mangels einer mit einem anerkannten Instrument gemessenen und zugleich angegebenen Soll-Besetzung erlauben sie zudem keinerlei Rückschluss auf die Angemessenheit der Personalbesetzung. In der Mitte Dezember 2016 beschlossenen Übergangsregelung zur Neonatologie-Richtlinie hat der G-BA unter anderem auch beschlossen, dass die Daten über die Einhaltung der Personalvorgaben bundesweit auf einer gesonderten Internetseite (perinatalzentren.org) veröffentlicht werden sollen.

Patienten erfassende Ausdifferenzierung ist nur über ein geeignetes Verfahren zur Erhebung des Pflegebedarfs und des davon abgeleiteten Personalbedarfs möglich. Dementsprechend sehen die Regulierungen in den USA und in Australien auch den Einsatz hierzu geeigneter Verfahren vor. Auch aus dieser Perspektive zeigt sich, dass Vorgaben zu Mindestbesetzungen immer auch der Ergänzung durch geeignete Verfahren zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten bedürfen, auf deren Grundlage es erst möglich ist, eine bedarfsgerechte, den jeweiligen Bedingungen der Fachabteilung und dem individuellen Bedarf der Patienten angemessene Personalbesetzung zu berechnen.

Angesichts der Komplexität der Regulierungssysteme in Kalifornien und Australien verlieren Kritikpunkte, die in der internationalen Diskussion gegen dieses Regulierungsmodell vorgebracht werden, an Überzeugungskraft. So wird gegen Nurse-to-Patient Ratios beispielsweise eingewendet, sie seien zu unflexibel und würden keine Anpassung der Personalbesetzung an die spezifische Situation der jeweiligen Krankenhäuser und Fachabteilungen ermöglichen (vgl. u.a. Chapman et al. 2009; Douglas 2010; Tevington 2011).⁴⁷

Weitere Risiken dieses Regulierungsmodells werden auch darin gesehen, dass die als Mindestbesetzung festgelegten Nurse-to-Patient Ratios zur Normalbesetzung werden könnten und dass sie das tatsächlich durch Berufserfahrung erreichte Kompetenzniveau von Pflegekräften nicht ausreichend berücksichtigen (ICN 2015). Wie gezeigt, sehen aber sowohl die gesetzlichen Vorgaben in Kalifornien als auch in Massachusetts und Australien den verpflichtenden Einsatz eines Instrumentes zur Erhebung des individuellen Pflegebedarfs der Patienten vor. Zu den Anforderungen an ein solches Instrument gehört zumeist auch, dass es nicht nur den Pflegebedarf, sondern auch die für den Personalbedarf relevanten Besonderheiten des jeweiligen Krankenhauses beziehungsweise der Fachabteilung berücksichtigt. Die Regulierungen verpflichten die Krankenhäuser, über die Mindestbesetzungen hinausgehend zusätzliches Personal vorzuhalten, sofern sich dies aus der Messung des Pflegebedarfs der Patienten als notwendig ergibt.

Im kalifornischen Regulierungsmodell werden von den beschäftigten Pflegekräften zudem spezifische Fachkenntnisse für die jeweiligen Einsatzbereiche verlangt. Die Kompetenz einer Pflegekraft muss vom Kran-

47 Es sei hier angemerkt, dass sich Douglas (2010) und Tevington (2011) primär auf die Studie von Chapman et al. (2009) beziehen, bei der es sich um eine Befragung von Führungskräften kalifornischer Krankenhäuser handelte. Die befragten Führungskräfte nannten als größtes Problem die Einhaltung der Vorgaben „zu jeder Zeit“. Dadurch müsste selbst für kurze Arbeitsunterbrechungen, wie beispielsweise Toilettengänge, jederzeit Ersatzpersonal verfügbar sein.

kenhaus überprüft werden, bevor diese in einem klinischen Bereich eingesetzt wird – ansonsten darf sie nicht eigenverantwortlich Patienten versorgen. Dies gilt insbesondere für Zeitarbeitskräfte.

Da sich nicht nur die deutsche, sondern auch die internationale Diskussion über das Regulierungsmodell der Nurse-to-Patient Ratios weitgehend nur auf die Verhältniszahlen beschränkt, könnten die oben erwähnten Kritiken wie auch andere Einwände möglicherweise vor allem das Ergebnis unzureichender Kenntnisse über die tatsächlichen Rechtsvorschriften sein. Denn leider wird die Komplexität der jeweiligen Regulierungssysteme in der internationalen Literatur bislang nicht oder nur sehr unzureichend gewürdigt. Diese Komplexität erschließt sich erst, wenn man die Primärquellen studiert. Und das sind in diesem Fall die jeweiligen Gesetze, Verordnungen und sonstigen staatlichen oder tarifvertraglichen Regulierungen.

Zur Frage einer Übertragbarkeit auf Deutschland

Die vorliegende Studie ist vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion über eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser entstanden und soll einen Beitrag zu dieser Diskussion leisten. Insofern bleibt noch die Frage der Übertragbarkeit des Regulierungsmodells der Nurse-to-Patient Ratios auf Deutschland zu erörtern.

Grundsätzlich dürften bis auf wenige Ausnahmen alle in der vorliegenden Studie beschriebenen Elemente dieses Regulierungsmodells auch auf Deutschland übertragbar sein. Dies zeigen nicht zuletzt auch die in Deutschland bereits vollzogenen ersten Schritte in diese Richtung, die Neonatologie-Richtlinie des G-BA und die ersten Veränderungen in Krankenhausplänen einzelner Bundesländer. Diese ersten Schritte lassen auch bereits erkennen, dass im deutschen Gesundheitssystem der Weg über staatliches Recht der naheliegende Ansatz sein dürfte. Nach australischem Vorbild eine vollständige und einheitliche Regulierung über tarifvertragliche Vereinbarungen zu erreichen, dürfte in Deutschland sehr schwierig sein, wenn es überhaupt möglich ist. Die sehr weitgehenden tarifvertraglichen Regulierungen in Australien sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass es sich um ein staatliches Gesundheitssystem handelt, in dem sich mehr als 90% der Betten in Allgemeinkrankenhäusern in staatlichen Kliniken befinden. Staatliche Trägerschaft bedeutet zudem in Australien, dass es sich in jedem Bundesstaat nur um einen einzigen Träger handelt, nämlich den jeweiligen Bundesstaat. Dies ist nicht vergleichbar mit der ‚öffentlichen Trägerschaft‘ in Deutschland,

die in Länder und kommunale Träger sowie weitere öffentlich-rechtliche Eigentümer aufgeteilt ist. Noch schwieriger dürfte es sein, eine flächendeckende und einheitliche Regulierung über den Weg betrieblicher Vereinbarungen zu erreichen. Bislang ist es in Deutschland nur für die Universitätskliniken der Charité gelungen, in einer betrieblichen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Gewerkschaft Vorgaben zur personellen Besetzung bestimmter Bereiche des Pflegedienstes zu verankern (Charité/ver.di 2016).

Dass eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser auch in einem nicht-staatlichen Gesundheitssystem möglich ist, zeigen insbesondere die Rechtsvorschriften US-amerikanischer Bundesstaaten, nicht nur Kaliforniens und Massachusetts, sondern auch derjenigen Bundesstaaten, die sich für ein Regulierungsmodell entschieden haben, dass auf Nurse Staffing Committees und Nurse Staffing Plans aufbaut.

Zieht man eine Parallele zu Deutschland, so handelt es sich bei den in den USA und Australien anzutreffenden Regulierungsmodellen um Regulierungen auf einer den deutschen Bundesländern vergleichbaren Ebene. Eine staatliche Regulierung in Deutschland steht allerdings vor dem Problem, dass die Regulierungskompetenzen für die Krankenhausversorgung durch das Grundgesetz zwischen Bund und Ländern aufgeteilt sind. Der Bund hat die Gesetzgebungskompetenz für das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und die Regelungen der Krankenhausfinanzierung, die Länder haben den Sicherstellungsauftrag für eine ausreichende Krankenhausversorgung und sind zuständig für die Krankenhausplanung und öffentliche Investitionsförderung. Bundesgesetzliche Regulierungen der Krankenhausversorgung sind in der Regel nur mit Zustimmung des Bundesrates als Vertretung der Länder möglich. Folglich bedürfte auch eine bundeseinheitliche Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser der Zustimmung des Bundesrates. Unabhängig von einer bundesgesetzlichen Regulierung können hingegen die Bundesländer über ihre Gesetzgebungskompetenz für die Landeskrankenhausplanung entsprechende Vorschriften erlassen, wie dies beispielsweise Nordrhein-Westfalen für Intensivstationen bereits vorgenommen hat.

Sollte in Deutschland eine Diskussion über die mögliche Einführung eines Regulierungsmodells nach Art der Nurse-to-Patient Ratios eröffnet werden, stünde ein breites Spektrum an infrage kommenden Modellvarianten und Regulierungselementen zur Verfügung, wie die vorliegende Studie gezeigt haben dürfte. An fehlenden Vorbildern für die Konstruktion eines solchen Regulierungssystems dürfte die Einführung einer solchen Regulierung folglich nicht scheitern. Die entscheidende Frage ist

vielmehr, ob der politische Wille für eine solche Regulierung vorhanden ist, sowohl im Bund als auch in den Bundesländern.

Ist der politische Wille und die erforderliche Mehrheit in Bundestag und Bundesrat vorhanden, bleibt noch die schwierige Aufgabe, die komplexe Architektur der föderalen Kompetenzteilung in diesem Themenfeld so umzugestalten, dass die Reform sowohl für den Bund als auch die Bundesländer akzeptabel ist. Dies weiter zu vertiefen und geeignete Vorschläge zu unterbreiten, kann und soll die vorliegende Studie nicht leisten. Es sei aber auf entsprechende an anderer Stelle bereits eingebrachte Vorschläge und Überlegungen verwiesen (Simon 2014).

Eines soll allerdings doch an dieser Stelle angesprochen werden. Wie die Darstellung vor allem des kalifornischen Regulierungsmodells und der australischen Regulierungen zeigte, wurden die dortigen Regelwerke entweder vom Gesetzgeber selbst oder auf Grundlage einer gesetzlichen Ermächtigung vom zuständigen Ministerium entwickelt und beschlossen. Die Erarbeitung des jeweiligen Regulierungsmodells erfolgte unter intensiver Beteiligung und Einbindung der Fachkompetenz von gewerkschaftlichen und berufsverbandlichen Vertretungen der Pflegeberufe. Teilweise wurden auch öffentliche Anhörungen in verschiedenen Städten durchgeführt, zu denen auch Pflegekräfte aus der Praxis eingeladen waren und in die sie ihre beruflichen Erfahrungen einbringen konnten. Die jeweiligen Interessenverbände der Krankenhausträger und Vereinigungen des Krankenhaus- und Pflegemanagements wurden ebenso wie andere Interessenverbände angehört. Ihnen kam aber keineswegs eine hervorgehobene Stellung zu und vor allem: Ihnen wurde nicht die Entscheidung über die Ausgestaltung der Regulierungen übertragen.

Die Vorstellung, einem Interessenverband der Krankenhausträger und Vertretern von Krankenversicherungen die Entscheidung über die Ausgestaltung des Regelwerks zu überlassen, dürfte sowohl bei den Abgeordneten des kalifornischen Parlaments als auch bei australischen Parlamentariern nicht unerhebliche Verwunderung hervorrufen. In Deutschland gehört ein solches Vorgehen jedoch zum Standard gesundheitspolitischer Entscheidungen. Seit Jahren werden zunehmend mehr Entscheidungen der so genannten gemeinsamen Selbstverwaltung und ihrem obersten Gremium, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen. Die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene sind für den Bereich der Krankenhausversorgung üblicherweise je zur Hälfte mit Vertretern des Dachverbandes der Krankenhausträger, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), und des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung besetzt. Im Fall des G-BA kommen drei unparteiische Mitglieder hinzu, die

bei einer Nichteinigung der beiden ‚Bänke‘ mit ihren Stimmen den Ausschlag geben.

Sollte sich in Deutschland eine politische Mehrheit für eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser ergeben, wäre es hochproblematisch, diese Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung mit der Ausgestaltung eines entsprechenden Regelwerkes zu beauftragen. Auch wenn die Beauftragung der so genannten gemeinsamen Selbstverwaltung seit langem übliche und zunehmend häufiger anzutreffende Praxis ist, es bleibt die Beauftragung von Interessenverbänden, die mit staatlichen Rechtssetzungskompetenzen ausgestattet werden. Daran ändert letztlich auch die Hinzufügung unparteiischer Mitglieder nichts. Nicht nur die DKG, auch der GKV-Spitzenverband ist ein Interessenverband. Er vertritt die wirtschaftlichen und politischen Interessen von Krankenkassen, die leider trotz ihrer Rechtsform als Körperschaften des öffentlichen Rechts zunehmend wie private Unternehmen ihre jeweils einzelwirtschaftlichen Interessen verfolgen. Zudem würden zwei Verbände mit der Ausgestaltung eines Regelwerkes beauftragt, das sie in der Vergangenheit explizit als unnötig und falsch abgelehnt haben (DKG 2013, 2016; GKV-Spitzenverband 2013, 2016). Alltagssprachlich wird ein solches Vorgehen gern als ‚den Bock zum Gärtner machen‘ bezeichnet.

Darauf zu verweisen, dass es unparteiische Mitglieder im Beschlussgremium des G-BA gibt, deren Stimmen im Falle einer nicht zu erreichenden Einigung zwischen den beiden ‚Bänken‘ letztlich den Ausschlag geben, kann nicht überzeugen. Sollten sich DKG und GKV-Spitzenverband auf ein Regelwerk einigen, dann verfügen sie gemeinsam über 10 der insgesamt 13 Stimmen im Beschlussgremium. Aber auch wenn sich DKG und GKV nicht einigen können und gegeneinander stimmen, erscheint es in hohem Maße problematisch, dass die Entscheidung über ein solch wichtiges untergesetzliches Regelwerk möglicherweise letztlich von drei Personen getroffen wird, oder – im Falle, dass sie unterschiedlicher Auffassung sind – letztlich nur von einer Person.

Spätestens an dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass seit längerem insbesondere in der rechtswissenschaftlichen Literatur zum Teil erhebliche Zweifel an einer ausreichenden demokratischen Legitimierung des G-BA für seine weitreichenden Entscheidungen geäußert werden (zur Kritik vgl. u.a. Kingreen 2006; Schmidt-De Caluwe 2010). Weder die Verbandsvertreter noch die unparteiischen Mitglieder verfügen über eine direkte (als Abgeordnete) oder indirekte (als Ministerium) Legitimation durch allgemeine Wahlen. Dieser Mangel wurde 2012 dadurch versucht zu ‚lindern‘, dass dem Gesundheitsausschuss des Bundestages zumin-

dest ein Vetorecht gegenüber der Berufung der Unparteiischen eingeräumt wurde. Die Zweifel an der Legitimität können dadurch aber nicht ausgeräumt werden.

Auch der Verweis darauf, dass Beschlüsse und Richtlinien des G-BA in den Unterausschüssen erarbeitet und in der Regel im Entscheidungsgremium so wie von den Unterausschüssen vorgeschlagen auch beschlossen werden, kann nicht überzeugen. In dem voraussichtlich beauftragten Unterausschuss für Qualitätssicherung ist die Berufsgruppe der Pflegekräfte nur durch ein Präsidiumsmitglied des Deutschen Pflegerates vertreten. Vor allem aber sind die Beratungen der Unterausschüsse nicht öffentlich. Es bedurfte erst eines Gerichtsurteils, um den G-BA zumindest zur Offenlegung der Namen der Mitglieder der Unterausschüsse zu verpflichten.⁴⁸ Aber auch die erfolgt nur auf ausdrückliche Anfrage hin und nur denen gegenüber, die angefragt haben.

Sollte sich eine politische Mehrheit für eine Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser finden, so sollte auch die konkrete Ausgestaltung des Regelwerkes in der Hand der unmittelbaren Staatsverwaltung liegen. So kann erreicht werden, dass nicht nur der Wille des Gesetzgebers unmittelbar Eingang in die Formulierungen einer entsprechenden Verordnung findet, sondern der Prozess der Entscheidungsfindung auch für die Öffentlichkeit transparent ist. Rechtsverordnungen des Bundes werden üblicherweise durch zumindest verbandsöffentliche Anhörungen vorbereitet, und in den verschiedenen Stadien des Entscheidungsprozesses gibt es in der Regel öffentlich zugängliche Verordnungsentwürfe. Die Entscheidung über die Ausgestaltung eines solchen Regelwerkes ist zu wichtig – nicht nur für Patienten und Pflegekräfte, sondern für die gesamte Gesellschaft – als dass sie Interessenverbänden übertragen werden sollte.

Abschließend soll noch auf einen sehr zentralen Punkt eingegangen werden, in dem sich die öffentliche und politische Diskussion in den USA und Australien von der deutschen Diskussion unterscheidet. Die deutsche Diskussion wird leider immer noch in starkem Maße von der Vorstellung beherrscht, Pflege im Krankenhaus bestünde vor allem aus ‚menschlicher Zuwendung‘. Eine Unterbesetzung im Pflegedienst führe somit vor allem dazu, dass Pflegepersonal weniger Zeit für Zuwendung und insbesondere für Gespräche mit Patienten habe.

Die US-amerikanischen und australischen Regulierungen bauen dagegen auf einem deutlich anderen Bild von Pflege im Krankenhaus auf. Indem Bezug genommen wird auf empirische Studien, in denen statis-

48 Verwaltungsgericht Berlin, Urteil vom 17.03.2016 (Az. 2 K 1.15).

tisch signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und gesundheitsgefährdenden Komplikationen bei Patienten gefunden wurden, wird damit zugleich davon ausgegangen, dass Pflegepersonal einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung solcher Komplikationen leistet. Zusammenhänge zwischen der Personalbesetzung in der Pflege und solchen Komplikationen sind allerdings nicht mit einem Mangel an ‚menschlicher Zuwendung‘ zu erklären, sondern vor allem damit, dass Pflegepersonal auf Normalstationen, Intensivstationen, im OP, in der Anästhesie und in den Abteilungen der Funktionsdiagnostik etc. zahlreiche Leistungen erbringen, die den Genesungsprozess der Patienten unterstützen und fördern und die Entstehung von Komplikationen verhindern. Zu diesen Leistungen gehört insbesondere auch die kontinuierliche Patientenbeobachtung, durch die die Entstehung von Komplikationen bei Patienten frühzeitig erkannt und schwere Gesundheitsschäden verhindert werden können. Ohne Zweifel zählt zur professionellen Pflege auch Empathie, menschliche Zuwendung und das unterstützende Gespräch. Professionelle qualifizierte Pflege im Krankenhaus ist jedoch weit mehr als das.

In diesem sehr unterschiedlichen Bild von Pflege scheint ein zentraler Unterschied zwischen der gesundheitspolitischen und auch gesellschaftlichen Diskussion in den USA und Australien auf der einen und Deutschland auf der anderen Seite zu liegen. Während in Deutschland in weiten Teilen der öffentlichen und auch gesundheitspolitischen Diskussion immer noch ein ‚vormodernes‘ Bild der Pflegeberufe vorherrscht, ist die US-amerikanische und australische Diskussion deutlich stärker von einem modernen und den tatsächlichen Verhältnissen in den Krankenhäusern angemessenen Bild der beruflichen Pflege geleitet. Es ist an der Zeit, dass auch die deutsche Diskussion das heutige Tätigkeitsspektrum von Pflegefachkräften in Krankenhäusern zur Kenntnis nimmt und darauf aufbauend die notwendigen gesundheitspolitischen Entscheidungen zum Schutz der Gesundheit von Krankenhauspatienten getroffen werden. Wie die vorliegende Studie gezeigt haben dürfte, gibt es international zu Genüge Anregungen und Vorbilder für geeignete Regulierungen.

Anhang

Das Gesundheitssystem der USA: Eine Kurzdarstellung

Die nachfolgende Darstellung beschränkt sich auf einige wesentliche Merkmale des US-Gesundheitssystems, die für das in der vorliegenden Studie behandelte Themenspektrum von Bedeutung sein könnten. Für ausführliche Informationen über das Gesundheitssystem der USA sei auf die einschlägige Literatur verwiesen (u.a. Goldsteen/Goldsteen 2013; Rice et al. 2013; Cacace 2010).

Das Gesundheitssystem der USA ist in wesentlichen Teilen marktwirtschaftlich organisiert, weist allerdings einen vergleichsweise hohen Finanzierungsanteil des Staates auf, der vor allem aus der Steuerfinanzierung zweier Basisversicherungen für den Fall von Krankheit resultiert (Medicaid und Medicare). Da die USA ein föderaler Bundesstaat sind, ist auch die Regulierungskompetenz für das Gesundheitssystem zwischen der Bundesregierung und den einzelnen Bundesstaaten aufgeteilt.

Die US-Kongress, Senat und US-Regierung ist vor allem zuständig für eine allgemeine Rahmensezung für Medicare und Medicaid-Programme. Die Bundesstaaten sind vor allem zuständig für die Umsetzung der Medicaid-Programme und die Sicherstellung der öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen sowie für die Registrierung und Überwachung der Gesundheitsberufe. Zentrale Merkmale des US-Gesundheitssystems sind:

- *Basissicherung für den Krankheitsfall:* Für die Basisabsicherung werden vor allem zwei große staatliche Programme angeboten, Medicare und Medicaid. *Medicare* wurde 1965 eingeführt und ist zuständig für die Absicherung von Menschen über 65 Jahren sowie jüngeren Personen mit bestimmten Behinderungen. Im Jahr 2015 waren etwa 20% der US-Bevölkerung im Medicare-Programm versichert (vgl. Barnett/Vornovitsky 2016). Diese bundesstaatliche Pflichtversicherung deckt in erster Linie die Kosten stationärer Krankenhausbehandlungen ab und wird über Lohnabgaben von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie Steuern finanziert (vgl. Läufer 2014; Beske et al. 2005).

Medicare stellt lediglich eine Teilkaskoversicherung dar, so dass noch Bedarf an einer zusätzlichen privaten Krankenversicherung bestehen kann (vgl. Läufer 2014). *Medicaid* wurde ebenfalls im Jahr 1965 eingeführt und bietet für einkommensschwache Personen und Familien sowie nicht-krankenversicherte Sozialhilfeempfänger einen gegenüber Medicare eingeschränkten Leistungskatalog. Im Jahr 2015 hatten rund 25% der US-Bevölkerung Anspruch auf Leistungen eines Medicaid-Programms (vgl. Barnett/Vornovitsky 2016). Die Zuständigkeit für die Durchführung von Medicaid liegt bei den Bundesstaaten, die dafür finanzielle Zuwendungen von der Bundesregierung erhalten. Zugangskriterien und Leistungen sind von Bundesstaat zu Bundesstaat verschieden (vgl. Stoltzfus Jost 2008).

- *Über die Basissicherung hinausgehender Krankenversicherungsschutz:* Für eine über die Basissicherung hinausgehende Absicherung werden nur private Krankenversicherungen angeboten. Nahezu 65% der Bevölkerung haben eine private Krankenversicherung abgeschlossen, davon fast 60% über den Arbeitgeber (Gruppen- oder Einzelversicherung) (Barnett/Vornovitsky 2016).
- *Ambulante ärztliche Versorgung:* Die ambulante ärztliche Versorgung erfolgt durch niedergelassene Ärzte in privater Einzelpraxis oder in privaten Gemeinschaftspraxen. Im Rahmen so genannter Managed Care Strategien bieten Krankenversicherungen teilweise auch ärztliche Versorgung durch eigene, bei der jeweiligen Krankenversicherung angestellte Ärzte an.
- *Krankenhausversorgung:* Krankenhäuser befinden sich weit überwiegend in Trägerschaft der Bundesstaaten und Kommunen sowie privater, nicht-gewinnorientierter Organisationen. Vor allem die kommunalen Krankenhäuser nehmen zudem vielfach durch ihre Ambulanzen Aufgaben der ambulanten ärztlichen Versorgung nichtversicherter Menschen wahr.

Die Krankenhausversorgung weist folgende Charakteristika auf:

- *Trägerschaft:* Krankenhäuser werden überwiegend von privat-gemeinnützigen (Non-Government, Not-for-Profit) und öffentlichen (State and Local Government) Organisationen betrieben. Privat-profitorientierte Organisationen (Investor-Owned, For-Profit) sind von eher untergeordneter Bedeutung (vgl. AHA 2015).
- *Zulassung:* Um an der Versorgung teilnehmen zu können, benötigen Krankenhäuser eine Zulassung durch den Bundesstaat, die im Rahmen eines Lizenzierungsverfahrens erteilt wird. Das zuständige Ministerium führt regelmäßige Überprüfungen der Krankenhäuser durch, um die Einhaltung der Lizenzvorgaben sicherzustellen.

- *Finanzierung:* Die Finanzierung der Krankenhäuser hängt insbesondere von den Regierungsprogrammen ab, an denen ein Krankenhaus beteiligt ist. Auch die Geographie und Demographie der Region sowie die Dauer des Patientenaufenthalts bestimmen die Art der Dienstleistungen, die Krankenhäuser bereitstellen und damit die Art und Höhe der Vergütungen, die Krankenhäuser für die erbrachten Dienstleistungen erhalten. Die Mehrzahl der Krankenhäuser nimmt an der Versorgung von Medicare- und Medicaid-Versicherten teil. In der Regel werden nahezu die Hälfte der Kosten eines Krankenhauses von diesen staatlichen Programmen getragen (vgl. AHA 2016a). Daneben finanzieren sich Krankenhäuser durch Vergütungen privater Krankenversicherungen und Eigenbeteiligungen von Patienten. Einige Krankenhäuser oder einzelne ihrer Kliniken sind als Anbieter der „Sicherheitsnetz-Gesundheitsversorgung“ („Health care safety net“) ausgewiesen und bieten als „Safety-Net-Hospitals“ eine kostenreduzierte oder kostenlose Versorgung für Bedürftige an, die überwiegend aus Spenden finanziert wird.
- *Versorgung in ländlichen Regionen:* Von besonderer Bedeutung für das Thema der vorliegenden Studie sind Krankenhäuser in ländlichen Regionen, da für sie häufig gesonderte Bedingungen gelten und Ausnahmen erteilt werden. Im Jahr 2015 gab es insgesamt 5.627 Krankenhäuser in den USA von denen sich 1.855 in ländlichen Gebieten der USA befanden (AHA 2016b). Ein Großteil der Kliniken in ländlichen Regionen ist als „Critical Access Hospitals (CAHs)“ lizenziert. Das von Medicare finanzierte „Ländliche Krankenhäuser Flexibilitäts-Programm“ (Flex-Programm) wurde im Jahr 1997 durch ein Bundesgesetz eingeführt.⁴⁹ Es erlaubt kleinen, ländlich gelegenen Krankenhäusern, als „Critical Access Hospitals (CAHs)“ lizenziert zu werden. CAHs erhalten Zuschüsse und dürfen mit einigen Ausnahmen von gesetzlichen Regelungen betrieben werden. Damit soll die ländliche Gesundheitsinfrastruktur gestärkt werden – z.B. sollen CAHs eine 24-Stunden-Notfallversorgung auch auf dem Land sicherstellen. Im Einklang mit ihren ländlichen Gesundheitsversorgungsplänen können US-Bundesstaaten förderfähige ländliche Krankenhäuser als CAHs

49 Die gesetzlichen Regelungen für das Flex-Programm und deren kostenbasierte Vergütung sind im „Social Security Act, Title XVIII, Sections 1814 and 1820“ geregelt.

ausweisen. Als CAHs gelten Einrichtungen mit maximal 25 Akutversorgungs- und Swing-Betten (vgl. Gale et al. 2012: 1).⁵⁰

Für das Verständnis der Krankenhausversorgung in den USA ist auch nach Inkrafttreten von Obama-Care das Problem der Versorgung von nicht- und unterversicherten US-Bürgern von besonderer Bedeutung. Obwohl seit Einführung des Affordable Care Acts eine Verpflichtung zur Versicherung des Krankheitsrisikos besteht, waren im Jahr 2015 immer noch über 9% der Bevölkerung nicht versichert (vgl. Barnett/Vornovitsky 2016). Nicht- oder unterversicherte Bürger sind in den USA aber nicht automatisch von jeder Krankenversorgung ausgeschlossen. Die meisten Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, eine Notfallbehandlung durchzuführen. Hintergrund hierfür ist das 1986 verabschiedete *Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)*. Hiernach müssen Krankenhäuser jeden Patienten akzeptieren, der als Notfall eingeliefert wird, auch wenn dieser keinen Versicherungsschutz besitzt und die Behandlung nicht bezahlen kann. In vielen Teilen der USA bieten darüber hinaus ausgewiesene „Safety-Net“-Krankenhäuser („Sicherheitsnetz-Krankenhäuser“) und Kliniken freie oder kostenreduzierte Versorgung für Nicht-Versicherte an (vgl. Stoltzfus Jost 2008). Die Verpflichtung zur Behandlung von Nicht-Versicherten Patienten gilt generell aber nur für Notfälle.

Das US-amerikanische *System der Qualifizierung von Pflegekräften* weist in Teilen Unterschiede zwischen den Bundesstaaten auf. Die organisatorische und inhaltliche Ausgestaltung der verschiedenen Ausbildungswege und die Vergabe von Lizenzen zur Erlaubnis der Berufsausübung liegen in der Zuständigkeit der jeweiligen Bundesstaaten.⁵¹ Die in einem Staat erworbene Lizenz gilt somit nicht zwangsläufig auch in einem anderen US-Bundesstaat. Folglich muss eine Pflegekraft bei einem Wechsel in einen anderen US-Bundesstaat gegebenenfalls beim jeweiligen Board of Nursing eine neue Lizenz beantragen und eine entsprechende Prüfung ablegen. Es lassen sich jedoch wichtige Gemeinsam-

50 „Swing-bed“ = Ein Krankenhausbett, das entweder als Akut-Krankenhausbett oder für die Langzeitpflege verwendet werden kann, je nach Gemeinde oder den Bedürfnissen der Patienten. Krankenhäuser, die Swing-Betten betreiben möchten, müssen eine Medicare-Provider-Vereinbarung besitzen und dürfen nicht mehr als 100 Betten vorweisen. Zudem müssen sie in einer ländlichen Gegend, ohne vorhandenen 24-Stunden-Pflegedienst liegen. Hinzu kommen weitere Auflagen (vgl. Gale et al. 2012: 16).

51 Zu weiterführenden Informationen über das System der beruflichen Pflege, Registrierung etc. sowie umfangreiches Datenmaterial: vgl. NCSBN (2016).

keiten feststellen, die im Folgenden kurz vorgestellt werden (vgl. United States Department of Labor 2016a, 2016b; NCSBN 2016).

Das Einstiegsniveau der professionellen beruflichen Pflege in den USA wird über den Erwerb einer Lizenz als „Licensed Vocational Nurse“ (LVN) beziehungsweise „Licensed Practical Nurse“ (LPN) erreicht. Die Bezeichnung LVN wird in Kalifornien und Texas verwendet, in den übrigen Bundesstaaten der USA werden diese „Basis-Pflegekräfte“ LPN genannt. Die LVNs beziehungsweise LPNs unterstützen das Pflegeteam in der Grund- beziehungsweise Basispflege. Sie können jedoch mit entsprechenden Zusatz-Zertifikaten auch Tätigkeiten des ärztlichen Bereichs übernehmen, wie etwa Blutabnahmen oder die Verabreichung und Überwachung von Infusionen. Ihre Ausbildung beträgt ein bis zwei Jahre. LVNs und LPNs arbeiten grundsätzlich unter der Anleitung einer RN oder eines Arztes.

Abzugrenzen von den LVNs beziehungsweise LPNs sind die Nurse's Aides oder Nursing Assistants. Auch diese Helferberufe in der Pflege unterliegen bei der Berufsausübung staatlicher Regulierung.

Im Zentrum der pflegerischen Versorgung in Krankenhäusern stehen die Registered Nurses (RNs). Als RN gelten Pflegekräfte, die über einen der folgenden drei Berufsabschlüsse verfügen:

- eine hochschulische Erstausbildung mit mindestens einem Bachelor Degree als Abschluss (durchschnittlich 4 Jahre)
- einen Abschluss als Associate of Science in Nursing (eine Ausbildung in der Krankenpflege, die in der Regel zwei bis drei Jahre dauert und an Community Colleges erworben wird) oder
- ein Diplom aus einem zugelassenen Pflegeprogramm (3 Jahre).

RNs übernehmen eigenverantwortlich die Pflege und Versorgung von Patienten, stellen Pflegediagnosen und initiieren und überwachen den Pflegeprozess. Darüber hinaus besitzen sie je nach bundesstaatlicher Lizenz auch eine Zulassung für die Erbringung von Leistungen im Bereich der Prävention (z.B. Durchführung von Impfungen), der Therapie (z.B. Hormontherapien selbstständig durchführen und überwachen) und der Rehabilitation.

RNs müssen ebenso wie LVNs ein Zertifikat zur Berufsausübung durch Prüfung erwerben und dieses regelmäßig erneuern, was zumeist im Rahmen einer National Council Licensure Examination (NCLEX-RN) erfolgt.

Das Gesundheitssystem Australiens: Eine Kurzdarstellung

Das australische Gesundheitssystem ist vom britischen National Health System (NHS) beeinflusst und kann als staatliches Gesundheitssystem bezeichnet werden. Zentrale Merkmale sind (AIHW 2017; Healy/Sharman/Lokuge 2006):

- *Staatliche Kompetenzverteilung:* Die *Zentralregierung* ist zuständig für die Ausgestaltung der staatlichen Krankenversicherung (Medicare) sowie eine Reihe weiterer Aufgabenfelder, jedoch nicht für die Verwaltung und Steuerung der unmittelbaren medizinisch-pflegerischen Versorgung. Die Zentralregierung weist den Bundesstaaten und Territorien Steuermittel zur Finanzierung der Leistungserbringung zu. Die Höhe der Steuerzuweisungen wird alle fünf Jahre im Rahmen eines „Australian Health Care Agreement“ neu zwischen der Zentralregierung und den Bundestaaten ausgehandelt. Die *Bundestaaten* sind insbesondere zuständig für die Verwaltung und Finanzierung öffentlicher Krankenhäuser sowie die Zulassung der öffentlichen und privaten Kliniken. Zudem sind sie für die Sicherstellung der übrigen öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen und Registrierung und Überwachung der Gesundheitsberufe verantwortlich. Sie leisten darüber hinaus an die Gemeinden für deren Gesundheitsdienstleistungen zweckgebundene Zahlungen.
- *Staatliche Krankenversicherung:* In Australien existiert eine staatliche Krankenversicherung (Medicare), die allen Einwohnern mit dauerhaftem Wohnsitz in Australien offensteht.⁵² Der Leistungskatalog wird durch die Zentralregierung festgelegt und umfasst die wichtigsten Leistungsarten. Eine Reihe von Leistungen sind jedoch nicht abgedeckt, wie beispielsweise Arzneimittel, Zahnbehandlung, Brillen, Physiotherapie, Logopädie und ambulante Pflege. Die nicht im Leistungskatalog von Medicare enthaltenen Kosten für Arzneimittel werden aus einem gesonderten staatlichen Programm finanziert, dem Pharmaceutical Benefits Scheme. Der Beitrag für Medicare liegt bei 1,5% des steuerpflichtigen Einkommens. Versicherte mit einem Einkommen oberhalb einer festgelegten Einkommensgrenze müssen einen zusätzlichen Beitrag in Höhe von 1,0% zahlen.
- *Private Krankenversicherungen:* Neben Medicare gibt es eine Reihe privater Krankenversicherungen, die allerdings keine Krankheitskostenvollversicherung anbieten, sondern nur ergänzenden Versicherungsschutz für die nicht von der staatlichen Krankenversicherung

⁵² Zu weiterführenden Informationen vgl. Medicare Australia (2017).

abgedeckten Leistungen. Außerdem bieten sie zusätzliche Leistungen wie beispielsweise die Übernahme der Kosten einer Behandlung als Privatpatient im Krankenhaus an. Die privaten Krankenversicherungen unterliegen staatlicher Regulierung und Aufsicht durch die Zentralregierung und müssen alle Antragsteller aufnehmen. Sie dürfen zudem keine nach individuellem Gesundheitsstatus kalkulierten risikoäquivalenten Prämien verlangen.

- *Leistungserbringung*: Die Leistungserbringung erfolgt durch niedergelassene Ärzte in Privatpraxen und öffentliche Einrichtungen in Trägerschaft des Bundesstaates oder der Gemeinde sowie durch private gewinnorientierte und nicht-gewinnorientierte Unternehmen.

Die Krankenhausversorgung weist folgende Charakteristika auf (AIHW 2016a):

- *Trägerschaft*: Die Krankenhausversorgung wird weit überwiegend von *staatlichen Krankenhäusern* sichergestellt, die sich in Trägerschaft des jeweiligen Bundesstaates befinden. Auf *private Kliniken* entfällt zwar ein Drittel aller Betten, bei ihnen handelt es sich aber zu ca. 90% um Betten in Einrichtungen, die ausschließlich Tageschirurgie anbieten. Ohne Berücksichtigung dieser ausschließlich tageschirurgischen Betten liegt der Anteil der staatlichen Krankenhäuser bei ca. 95% der Krankenhausbetten. Die privaten Akutkrankenhäuser behandeln zudem in der Regel nur Fälle mit geringer Komplexität und nehmen zumeist nicht an der Notfallversorgung teil.
- *Zulassung*: Um an der Versorgung teilnehmen zu können, benötigen Krankenhäuser eine Zulassung durch den Staat im Rahmen eines Lizenzierungsverfahrens. Darüber hinaus existiert ein System der Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen, das der externen Qualitätssicherung dient. Die Teilnahme ist zwar freiwillig, da aber einige Bundesstaaten und private Krankenversicherer ihre Zahlungen von einer vorhandenen Akkreditierung abhängig machen, nimmt ein Großteil der Kliniken daran teil.
- *Finanzierung*: Die Finanzierung der staatlichen Krankenhäuser erfolgt zu ca. 90% durch Zuweisungen des Staates, die in der Regel als Jahresbudgets vom jeweiligen Bundesstaat mit dem einzelnen Krankenhaus vereinbart werden. Grundlage der Budgetbemessung sind ver-

schiedene Kriterien, darunter auch der Casemix.⁵³ Die zur allgemeinen Akutkrankenhausversorgung zugelassenen privaten Kliniken erhalten ebenfalls Vergütungen von Medicare und Zuweisungen des jeweiligen Bundesstaates. Sofern sie öffentliche Mittel erhalten, unterliegen sie allen Rechtsvorschriften zur Personalbesetzung, da diese Vorschriften für alle Einrichtungen gelten, die – so die Abgrenzung des Geltungsbereichs in den betreffenden Gesetzen – öffentliche Finanzmittel erhalten.

Es bleibt noch darauf hinzuweisen, dass es aufgrund der föderalen Struktur und Kompetenzteilung zwischen Zentralregierung und Bundesstaaten und der relativ starken Stellung der Bundesstaaten, zwischen den Bundesstaaten durchaus Unterschiede in der Ausgestaltung des Gesundheitssystems gibt. Dies zeigt sich unter anderem auch in der Frage einer Regulierung der Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser.

Das australische *System der Qualifizierung von Pflegekräften* unterscheidet sich sowohl von Deutschland als auch von den USA.⁵⁴ Die Ausbildung zur Registered Nurse (RN) wurde in Australien in den 1980er Jahren vollständig an Hochschulen verlagert, wo sie im Rahmen eines mindestens dreijährigen Bachelorstudiums erfolgt (Bachelor of Nursing). Durch die Verlagerung der Ausbildung zur Registered Nurse (RN) an Hochschulen wurde das Qualifikationsniveau in der Pflege insgesamt schrittweise angehoben. 2012 lag der Anteil der RNs an allen ausgebildeten Pflegekräften (ohne Hebammen) bei ca. 82% (AIHW 2016b). Unterhalb der Qualifikation zur RN existiert die Qualifikation zur „Enrolled Nurse“ (EN). Deren Ausbildung erfolgt im Rahmen einer nicht-akademischen Berufsausbildung, die in der Regel zwei Jahre dauert. ENs arbeiten in der Praxis unter Anleitung von RNs.

Um in der Pflege tätig zu sein, benötigen Pflegekräfte eine Lizenz und müssen sich dazu registrieren lassen. Die Lizenz muss in regelmäßigen Abständen erneuert werden. Die Registrierung und Lizenzvergabe er-

53 Als Casemix wird die Summe aller Bewertungsrelationen eines Fallpauschalensystems bezeichnet. Australien hat bereits in den 1990er Jahren ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem eingeführt, allerdings nicht als ‚Preissystem‘ wie in Deutschland, sondern als Grundlage für die Ermittlung der jährlichen Budgets (vgl. u.a. Neubauer/Nowy 2001). Die Entscheidung über die Ausgestaltung des Finanzierungssystems liegt bei den Bundesstaaten und infolge dessen gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Bundesstaaten.

54 Zu weiterführenden Informationen über das System der beruflichen Pflege, Registrierung etc. sowie umfangreiches Datenmaterial: vgl. AIHW (2016b).

folgt durch eine staatliche Behörde, dem Nursing and Midwifery Board of Australia. Die Registrierungspflicht gilt auch für ENs.

Pflegekräfte sind in Australien relativ stark in Pflegegewerkschaften organisiert, die in der Australian Nursing Federation (ANF) zusammengeschlossen sind. Die Gewerkschaften handeln nicht nur Tarifverträge aus, sondern sind auch beteiligt an der Aushandlung von durch staatliches Recht gesetzten ‚Frameworks‘. Zudem enthalten die Tarifverträge nicht nur Vereinbarungen zu Gehaltsstrukturen und Gehaltserhöhungen, sondern auch Festlegungen zur Personalausstattung.

Die australischen Regulierungen des Krankenhausbereichs sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Staat nicht nur als Gesetz- und Verordnungsgeber und staatliche Verwaltung agiert, sondern zugleich auch mit Abstand größter Arbeitgeber ist. Angesichts eines Anteils staatlicher Krankenhäuser von über 90% der Betten in Akutkrankenhäusern (ohne die privaten tagesklinischen Einrichtungen) haben vertragliche Vereinbarungen des Gesundheitsministeriums mit Gewerkschaften oder anderen Interessengruppen einen fast gleich großen Geltungsbereich wie Gesetze und Verordnungen.

Literatur

- ACT Health; Australian Nursing and Midwifery Federation, ACT Branch; Health Services Union, ACT Branch (2013): ACT Public Service Nursing and Midwifery Enterprise Agreement 2013-2017. Online verfügbar unter: [http://www.health.act.gov.au/sites/default/files/ACTPS Nursing and Midwifery Enterprise Agreement 2013-2017.pdf](http://www.health.act.gov.au/sites/default/files/ACTPS_Nursing_and_Midwifery_Enterprise_Agreement_2013-2017.pdf) (07.01.2017).
- AHA, American Hospital Association (2015): Approaches to Population Health in 2015: A National Survey of Hospitals. Chicago. IL: Health Research & Educational Trust. Online verfügbar unter: www.hpoe.org/pophealthsurvey (07.01.2017).
- AHA, American Hospital Association (2016a): American Hospital Association uncompensated Hospital Care Cost Fact Sheet. Online verfügbar unter: <http://www.aha.org/content/16/uncompensatedcarefactsheet.pdf> (07.01.2017).
- AHA, American Hospital Association (2016b): Fast Facts on US Hospitals. Online verfügbar unter: <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/101207fastfacts.pdf> (07.01.2017).
- AIHW, Australian Institute of Health and Welfare (2016a): Australia's hospitals 2014–15 at a glance. Health services series no. 70. Canberra: AIHW.
- AIHW, Australian Institute of Health and Welfare (2016b): Nursing and midwifery workforce 2012. Canberra: AIHW.
- AIHW, Australian Institute of Health and Welfare (2017): Homepage des AIHW. Online verfügbar unter: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129556125> (07.01.2017).
- Aiken, Linda H. (2010a): The California nurse staffing mandate: implications for other states. In: Leonard Davis Institute of Health Economics/ Issue Brief, vol. 15, no. 4, pp. 1-4.
- Aiken, Linda (2010b): Safety in numbers. In: Nursing Standard, vol. 24, no. 44, pp. 62–63.

- Aiken, Linda H.; Sermeus, Walter; Van den Heede, Koen; Sloane, Douglas M.; Busse, Reinhard; McKee, Martin; Bruyneel, Luk; Rafferty, Anne M.; Griffiths, Peter; Moreno-Casbas, Maria T.; Tishelman, Carol; Scott, Anne; Brzostek, Tomasz; Kinnunen, Juha; Schwendimann, Rene; Heinen, Maud; Zikos, Dimitris; Strømseg Sjetne, Ingeborg; Smith, Herbert L.; Kutney-Lee, Ann (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308724/> (07.01.2017).
- Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; Bruyneel, Luk; Van den Heede, Koen; Griffiths, Peter; Busse, Reinhard; Diomidous, Marianna; Kinnunen, Juha; Kózka, Maria; Lesaffre, Emmanuel; McHugh, Matthew D. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: Lancet, vol. 383, no. 9931, pp. 1824-1830. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035380/pdf/nihms571000.pdf> (07.01.2017).
- ANA, American Nurses Association (2015): The Registered Nurse Safe Staffing Act. Fact Sheet. Online verfügbar unter: http://www.rnaction.org/site/DocServer/RN_Safe_Staffing_Act.pdf/2027989535?docID=2442&verID=1 (07.01.2017).
- ANA, American Nurses Association (2016): Nurse Staffing. Online verfügbar unter: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/State-StaffingPlansRatios> (07.01.2017).
- ANMF, Australien Nursing & Midwifery Federation - Victorian Branch (2012): Nurses and midwives (victorian public health sector) (single interest employers) enterprise agreement 2012-2016. Online verfügbar unter: http://admin.anfvic.asn.au/multiversions/42273/FileName/2012_2016_general_EBA.pdf (07.01.2017).
- Australien Government (2017): Homepage. Online verfügbar unter: <http://www.australia.gov.au> (07.01.2017).
- AUVB-UGIB-AKVB, L'Union Générale des Infirmiers de Belgique (2013): Les 17 recommandations des infirmiers pour 2014. Online verfügbar unter: <http://pro.guidesocial.be/actualites/les-17-recommandations-des-infirmiers-pour-2014.html> (07.01.2017).

- Barnett, Jessica C.; Vornovitsky, Marina (2016): Health Insurance in the United States: 2015 – Visualizations. U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2014 to 2016. Online verfügbar unter: <http://www.census.gov/library/visualizations/2016/demo/p60-257.html> (07.01.2017).
- Beske, Fritz; Drabinski, Thomas; Golbach, Ute (2005): Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich - Eine Analyse von 14 Ländern - Band I Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (Hrsg.). Schriftenreihe Band 104, I. Online verfügbar unter: http://www.sozialpolitik.uni-koeln.de/fileadmin/downloads/Bibliothek_sn/Band104-I_01.pdf (07.01.2017).
- Bessette, Julie Marie (2006): An Analysis in Support of Minimum Nurse-to-Patient Ratios in Massachusetts. In: Quinnipiac Health Law Journal, vol. 9, no. 2, pp. 173-218.
- Bofinger, Werner; Dörfeldt, Dieter; Tauch, Jürgen G. (2008): Personalbedarf im Krankenhaus. Arbeitshandbuch mit CD-ROM für die Personalbedarfs-Berechnungen (Loseblattsammlung). Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag.
- Buchan, James (2005): A certain ratio? The policy implications of minimum staffing ratios in nursing. Journal of Health Services Research & Policy, vol. 10, no. 4, pp. 234-24.
- Buerhaus, Peter I. (2009): Avoiding mandatory hospital nurse staffing ratios: An economic commentary. In: Nursing Outlook, vol. 57, no. 2, pp. 107-112.
- Burnes Bolten, Linda; Aydon Carolyn E.; Donaldson Nancy; Aronow, Harriet (2007): Mandated Nurse Staffing Ratios in California: A Comparison of Staffing and Nursing-Sensitive Outcomes Pre- and Postregulation. In: Policy Politics Nursing Practice, vol. 8, no. 4, p. 238-250.
- Cacace, Mirella (2010): Das Gesundheitssystem der USA. Governance-Strukturen staatlicher und privater Akteure. Frankfurt/New ork: Capus.
- California Health Care Foundation (2015): California Hospitals: An Evolving Environment. California Health Care Almanac. Online verfügbar unter: <http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/PDF%20C/PDF%20CaliforniaHospitals2015.pdf> (07.01.2017).

- CCR, California Code of Regulations. Title 22: Division 5. Social Security. California Code of Regulations - provides information about nurse-to-patient ratios, licensing and certification of health facilities, home health agencies, clinics, and referral agencies. Online verfügbar unter: <http://www.nurseallianceca.org/files/2012/06/Title-22-Chapter-5.pdf> (07.01.2017).
- CDHS, California Department of Health Services (2003a): Final Statement of Reasons. Online verfügbar unter: http://www.cdph.ca.gov/services/DPOPP/regs/Documents/R-37-01_FSOR.pdf (07.01.2017).
- CDHS, California Department of Health Services (2003b): Nurse-to-Patient Ratio Regulations. Online verfügbar unter: http://www.cdph.ca.gov/services/DPOPP/regs/Documents/R-37-01_Regulation_Text.pdf (07.01.2017).
- CDHS, California Department of Health Services (2004): Nurse-to-Patient Staffing Ratios for General Acute Care Hospitals Frequently Asked Questions (January 2004). Online verfügbar unter: <http://www.cdph.ca.gov/SERVICES/DPOPP/REGS/Pages/N2PRegulations.aspx> (07.01.2017).
- CDHS, California Department of Health Services (2017): Homepage. Online verfügbar unter: <http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx> (07.01.2017).
- CDPH, California Department of Public Health (2017): Homepage. Online verfügbar unter: <http://www.cdph.ca.gov/Pages/DEFAULT.aspx> (07.01.2017).
- CHAB, La Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (2014): Les Soins. Online verfügbar unter: <http://www.univ-hospitals.be/fr/les-missions-des-hu/les-soins/> (07.01.2017).
- Chan, Theodore C.; Killeen, James P.; Vilke, Gary M.; Marshall, Jean B.; Castillo, Edward M. (2010): Effect of mandated nurse-patient ratios on patient wait time and care time in the emergency department. In: Academic Emergency Medicine, vol. 17, no. 5, pp. 545-552.
- Chang, Tom; Jacobson, Mireille (2012): What do Nonprofit Hospitals Maximize? Evidence from California's Seismic Retrofit Mandate. Working Paper. Online verfügbar unter: <http://users.nber.org/~changt/ChangJacobson13apr9.pdf> (07.01.2017).
- Chapman, Susan A.; Spetz, Joanne; Seago, Jean A.; Kaiser, Jennifer; Dower, Catherine; Herrera, Carolina (2009): How have mandated nurse staffing ratios affected hospitals? Perspectives from California hospital leaders. In: Journal of healthcare management/ American College of Healthcare Executives, vol. 54, no. 5, pp. 321-333; discussion: pp. 334-335.

- Charité, Universitätsmedizin Berlin; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2016): Tarifvertrag Gesundheitsschutz und Demografie (TV GS). Online verfügbar unter:
https://klinikpersonalrat.charite.de/wichtige_dokumente/tarifvertraege/
(07.01.2017).
- Cho, Sung-Hyun; Lee, Ji-Yun; June, Kyung-Ja; Yunmi, Hong; Kim, Kyung Jin (2016): Nurse Staffing Levels and Proportion of Hospitals and Clinics Meeting the Legal Standard for Nurse Staffing for 1996-2013. In: Journal of Korean Academy of Nursing Administration, vol. 22, no. 3, pp. 209-219. Online unter:
<http://synapse.koreamed.org/Synapse/Data/PDFData/0163JKANA/jkana-22-209.pdf> (07.01.2017).
- CNA, California Nurses Association; NNU, National Nurses United (2015): Falling From Grace: St. Joseph Health RNs Raise Ethical and Patient Care Concerns. Online verfügbar unter:
http://nurses.3cdn.net/77b92ee529c8364209_8fm6b31we.pdf (07.01.2017).
- Conway, Patrick H.; Konetzka, Tamara R.; Zhu, Jingsan; Volpp, Kevin G.; Sochalski, Julie (2008): Nurse Staffing Ratios: Trends and Policy Implications for Hospitalists and the Safety Net. In: Journal of Hospital Medicine, vol. 3, no. 3, pp. 193-199.
- Cook, Andrew; Gaynor, Martin; Stephens Jr., Melvin; Taylor, Lowell (2012): The effect of a hospital nurse staffing mandate on patient health outcomes: Evidence from California's minimum staffing regulation. In: Journal of Health Economics, vol. 31, no. 2, pp. 340-348.
- Corens, Dirk (2007): Belgium Health System Review. Health Systems in Transition, vol. 9, no. 2. Online verfügbar unter:
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/96442/E90059.pdf
(07.01.2017).
- County Medical Center - Board of Trustees Audit and Compliance (2015): John George Psychiatric Hospital (JGPH) Preliminary Compliance Report. Online verfügbar unter:
<http://www.alamedahealthsystem.org/sites/default/files/Tab%203%20Attachment.pdf> (07.01.2017).
- Demon, Franky, Département Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique (2015): Question et réponse écrite n°: 0087 - Législature: 54 Hôpitaux - Le rapport entre le nombre d'équivalents temps plein et la gravité des soins par service agréé. Online verfügbar unter:
<https://www.lachambre.be/kvvcr/showpage.cfm?section=qrva&language=fr&cfm=qrvaXml.cfm?legislat=54&dossierID=54-b012-867-0087-2014201501172.xml>
(07.01.2017).

- Department of Employment (2016): Australia's National Workplace Relations System. Online verfügbar unter: <https://employment.gov.au/australias-national-workplace-relations-system> (07.01.2017).
- Directeurs des soins Conseillers techniques en soins (2009): Recommandations pour apprécier les besoins en personnels paramédicaux. Online verfügbar unter: <http://www.infirmiers.com/pdf/Recommandations-besoins-personnels-paramedicaux.pdf> (07.01.2017).
- DIVI, Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2010): Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. Online verfügbar unter: http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011_StrukturempfehlungLangversion.pdf (07.01.2017).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2013): Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zum Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Kathrin Senger-Schäfer, Diane Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE „Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung“ (BT-Drs. 17/12095). Deutscher Bundestag: Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 17(14)0439/12).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2016): Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Gute Arbeit – Gute Versorgung: Mehr Personal in Gesundheit und Pflege“. Deutscher Bundestag: Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 18(14)0221(7).
- Donaldson, Nancy; Burnes Bolten, Linda; Aydin, Caolyn E.; Sandhu, Meenu (2005): Impact of California's Licensed Nurse-Patient Ratios on Unit-Level Nurse Staffing and Patient Outcomes. In: Policy Politics Nursing Practice, vol. 6, no. 3, pp. 198-210.
- Donaldson, Nancy; Shapiro, Susan (2010): Impact of California Mandated Acute Care Hospital Nurse Staffing Ratios: A Literature Synthesis. In: Policy Politics Nursing Practice, vol. 11, no. 3, pp. 184-201.
- Douglas, Kathy (2010): Ratios – If It Were Only That Easy. In: Nursing Economics, vol. 28, no. 2, pp. 119-125.
- Duffin, Christian (2014): Welsh bill on nurse staffing ratios could 'revolutionise' health services. In: Nursing Standard, vol. 28, no. 28.
- ENA, Emergency Nurses Association (2014): 50 State Nurse Safe Staffing Laws (Stand: 1. Juli 2014). Online verfügbar unter: <https://www.ena.org/government/State/Documents/SafeNurseStaffingLaws.pdf> (07.01.2017).

- FWC, Fair Work Commission (2016): Homepage. Online verfügbar unter: <https://www.fwc.gov.au> (07.01.2017).
- Gale, John A; Croll, Zachariah T.; Coburn, Andrew F.; Gregg, Walter R. (2012): Flex Monitoring Team Briefing Paper No. 32. Why Do Some Critical Access Hospitals Close Their Skilled Nursing Facility Services While Others Retain Them? Online verfügbar unter: <http://www.flexmonitoring.org/wp-content/uploads/2014/02/bp32.pdf> (07.01.2017).
- Garner, Craig B. (2011a): California's Vanishing Community Hospital: An Endangered Institution. In: California Health Law News, vol. 29, no. 4, pp. 18-24.
- Garner, Craig B. (2011b): Lost Hospitals. Online verfügbar unter: http://garnerhealth.com/wp-content/uploads/2011/11/Lost-Hospital_Outline_SampleChapters.pdf (07.01.2017).
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2015): Anlage 2 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL): Anforderungen an die Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität in den Versorgungsstufen. In: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL). in Kraft getreten am 4. Februar 2016. Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1116/QFR-RL_2015-11-27_iK-2016-02-04.pdf (07.01.2017).
- G-BA, Gemeinsame Bundesausschuss (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL: (§ 7 Nachweisverfahren und Anlage 2 Anforderung zum Pflegepersonal), 15.12.2016. Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2806/2016-12-15_QFR-RL_Paragraph-7-und-Anlage-2.pdf (07.01.2017).
- Gerkens, Sophie; Merkur, Sherry (2010): Belgium Health System Review. Health Systems in Transition, vol. 12, no. 5. Online verfügbar unter: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF (07.01.2017).
- GKV-Spitzenverband (2013): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.06.2013 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung“ (Drucksache17/12095). Deutscher Bundestag: Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 17(14)0439(2).

- GKV-Spitzenverband (2016): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.11.2016 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Gute Arbeit – Gute Versorgung: Mehr Personal in Gesundheit und Pflege“. Bundestagsdrucksache 18/7568 vom 17.02.2016. Deutscher Bundestag: Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 18(14)0221(1).
- Goldsteen, Raymond L.; Goldsteen, Karen (2013): U.S. Health Care System. Seventh Edition. New York: Springer.
- Gordon, Suzanne; Buchanan, John; Bretherton, Tanya (2008): Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care. ILR Press: Ithaca/London.
- Government of South Australia; ANMF SA, Australian Nursing and Midwifery Federation (SA Branch) (2010): Nursing/Midwifery (South Australian Public Sector) Enterprise Agreement 2010. Online verfügbar unter: [http://www.health.sa.gov.au/Portals/0/FINAL_Nurses_Midwives_South_Australian_Public_Sector_Enterprise_Agreement_\(Commission\).pdf](http://www.health.sa.gov.au/Portals/0/FINAL_Nurses_Midwives_South_Australian_Public_Sector_Enterprise_Agreement_(Commission).pdf) (07.01.2017).
- Greenhalgh, Trisha (2015): Einführung in die evidenzbasierte Medizin. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber.
- Griffiths, Peter (2014): Nurse patient ratios, skill mix and work futures. In: International Journal of Nursing Studies, vol. 51 no. 3, p. 353-354. Online verfügbar unter: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(13\)00357-X/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(13)00357-X/pdf) (07.01.2017).
- Griffiths, Peter; Ball, Jane; Drennan, Jonathan; James, Liz; Jones, Jeremy; Recio, Alejandra; Simon, Michael (2014): The association between patient safety outcomes and nurse/healthcare assistant skill mix and staffing levels and factors that may influence staffing requirements. Southampton, GB, University of Southampton. Online verfügbar unter: <http://eprints.soton.ac.uk/367526/> (07.01.2017).
- Healy, Judith; Sharman, Evelyn; Lokuge, Buddhima (2006): Auastralia. Health system review. Health Systems in Transition. Vol. 8 No. 5. Online verfügbar unter: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/96433/E89731.pdf?ua=1 (07.01.2017).
- Herr, Annika (2009): On Hospital Competition: Quality, Efficiency, and Ownership. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter: <https://opus4.kobv.de/opus4-fau/frontdoor/index/index/year/2009/docId/908> (07.01.2017).

- Hickey, Patricia A.; Gauvreau, Kimberlee; Jenkins, Kathy; Fawcett, Jacqueline; Hayman, Laura (2011): Statewide and National Impact of California's Staffing Law on Pediatric Cardiac Surgery Outcomes. In: Journal of Nursing Administration, vol. 41, no. 5, pp. 218-225.
- HSC, California Health and Safety Code. Online verfügbar unter: <http://codes.findlaw.com/ca/health-and-safety-code/> (07.01.2017).
- Huston, Carol J. (2013): Mandatory Minimum Staffing Ratios. Are They Working? In: Professional Issues in Nursing. Challenges & Opportunities. 3. ed., Philadelphia/Baltimore e.g.: Wolters Kluwer Health, pp. 172-187.
- ICN, International Council of Nurses (2015): Nurse-to-Patient Ratios. Fact Sheet – Nursing Matters. Online verfügbar unter: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9c_FS-Nurse_Patient_Ratio.pdf (07.01.2017).
- Iizuka, Toshiaki (†) (2015): Comment on “How does the Price Regulation Policy Impact on Patient–Nurse Ratios and the Length of Hospital Stays in Japanese Hospitals?” In: Asian Economic Policy Review, vol. 10, no. 2, pp. 326–327.
- IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006): Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – Eine systematische Übersicht. IQWiG-Berichte – Nr. 11, Arbeitspapier. Online verfügbar unter: https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Zusammenhang_zwischen_Pflegekapazitaet_und_Ergebnisqualitaet_in_der_stationaeren_Versorgung_.pdf (07.01.2017).
- IRC NSW, Industrial Relations Commission New South Wales (2015): Public Health System Nurses' and Midwives' (State) Award 2015. Online verfügbar unter: <http://www.health.nsw.gov.au/careers/conditions/Awards/nurses.pdf> (07.01.2017).
- IRC Queensland, Industrial Relations Commission Queensland (2016): About us. Online verfügbar unter: http://www.qirc.qld.gov.au/qirc/aboutus/aboutus_info/index.htm - sch (07.01.2017).
- Japan Hospital Association (2014): Japan Hospitals. The Journal of Japan Hospital Association. Online verfügbar unter: https://www.hospital.or.jp/e/pdf/13_20140700_01.pdf (07.01.2017).
- JNA, Japanese Nursing Association (2008): JNA News. No. 35, March 2007. Online verfügbar unter: <https://www.nurse.or.jp/jna/english/news/pdf/38.pdf> (07.01.2017).

- Jofre, Jaime (2008): New RN Staffing Regulations. In: Lawers and Settlements. Online verfügbar unter: <https://www.lawyersandsettlements.com/features/employment/nurse-staffing-regulations.html> (07.01.2017).
- Keeler, Heidi J.; Cramer, Mary E. (2007): A Policy Analysis of Federal Registered Nurses Safe Staffing Legislation. In: Journal of Nursing Administration, vol. 37, no. 7/8, pp. 350-356.
- Kim, Yun Mi; June, Kyung Ja; Cho, Sung-Hyun (2005): Factors Related to Nurse Staffing Levels in Tertiary and General Hospitals. In: Journal of Korean Academy of Nursing, vol. 35, no. 8, pp.1493-1499. Online verfügbar unter: <http://www.kan.or.kr/new/kor/sub3/filedata/200508/1493.pdf> (07.01.2017).
- Kim, Yun Mi; Kim, Jiyun (2015): Impact of a financial incentive policy on Korean nurse staffing. In: International Nursing Review, vol. 62, no. 2, pp. 171-179.
- Kingreen, Thorsten (2006): Verfassungsrechtliche Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses im Gesundheitsrecht. In: Neue Juristische Wochenschrift, Jg. 59, Heft 13, S. 877-880.
- Kleebauer, Alistair (2014): Safe staffing levels bill would set minimum nurse ratios in Wales. In: Nursing Standard, vol. 29, no. 15.
- Kunz, Regina; Ollenschläger, Günter; Raspe, Heiner; Jonitz, Günther; Donner-Banzhoff, Norbert (Hg.) (2007): Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Läufer, Ines (2014): Unvollständige Absicherung des Krankheitskostenrisikos in den USA: Erklärungsfaktoren der Attraktivität von Arbeitgeber-Gruppenversicherungen. Otto-Wolff-Discussion Paper 01/2014. Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln. Online verfügbar unter: http://www.otto-wolff-institut.de/Publikationen/DiskussionPapers/OWIWO_DP_01_2014.pdf (07.01.2017).
- Leigh, J. Paul; Markis, Carrie A.; Iosif, Ana-Maria; Romano, Patrick S. (2015): California's nurse-to-patient ratio law and occupational injury. In: Int Arch Occup Environ Health, vol. 88, pp. 477-484.
- Liang, Yia-Wun; Chen, Wen-Yi; Lee, Jwo-Leun; Huang, Li-Chi (2012a): Nurse staffing, direct nursing care hours and patient mortality in Taiwan: the longitudinal analysis of hospital nurse staffing and patient outcome study. In: BMC Health Service Research, vol. 12, no. 44. Online verfügbar unter: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-44> (07.01.2017).

- Liang, Yia-Wun; Tsay, Shwu-Feng; Chen, Wen-Yi (2012b) Effects of nurse staffing ratios on patient mortality in Taiwan acute care hospitals: a longitudinal study. In: *Journal of Nursing Research*, vol. 20, no. 1, pp. 1-8.
- Malliarou, Maria; Karathanasi, Konstantinia; Sarafis, Pavlos (2008): Safe Nurse Staffing: A Systematic Review. In: *Hellenic Journal of Nursing Science*, vol. 1, no. 1, pp. 38-46. Online verfügbar unter: http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2010/11/tom_1_tef_1_ennew-dragged4.pdf (07.01.2017).
- Mark, Barbara; Harless, David W.; Spetz, Joanne (2009): California's minimum-nurse-staffing legislation and nurses' wages. In: *Health Affairs*, vol. 28, no. 2, pp. 326-334.
- Massachusetts Department of Public Health (2014): ICU Patients for Registered Nurse Law in Effect September 28, 2014. Online verfügbar unter: <http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dph/programs/hcq/healthcare-quality/news-icu-staffing.html> (07.01.2017).
- Massachusetts HPC, Massachusetts Health Policy Commission (2015): Health Policy Commission. Bulletin HPC-2015-04: Intensive Care Unit Nurse Staffing Quality Measures. Online verfügbar unter: <http://www.mass.gov/anf/budget-taxes-and-procurement/oversight-agencies/health-policy-commission/nurse-staffing/20151106-bulletin-hpc-2015-04-vfinal.pdf> (07.01.2017).
- McHugh, Matthew D.; Brooks, Margo, Carthon, Sloane, Douglas M.; Wu, Evan; Kelly, Lesly; Aiken, Linda H. (2012): Impact of Nurse Staffing Mandates on Safety-Net Hospitals: Lessons from California. In: *The Milbank Quarterly*, vol. 90, no. 1, pp. 160–186.
- McHugh, Matthew D.; Ma, Chenjuan (2013): Hospital Nursing and 30-Day Readmissions among Medicare Patients with Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, and Pneumonia. In: *Med Care*, vol. 51, no. 1, pp. 52–59.
- McHugh, Matthew D.; Kelly, Lesly; Sloane, Douglas M.; Brooks, Aiken, Linda H. (2011): Contradicting Fears, California's Nurse-To-Patient Mandate Did Not Reduce The Skill Level Of The Nursing Workforce In Hospitals. In: *Health Aff (Millwood)*, vol. 30, no. 7, pp. 1299-1306.
- McHugh, Matthew D.; Rochman, Monica F.; Sloane, Douglas M.; Berg, Robert A.; Mancini, Mary E.; Nadkarni, Vinay M.; Merchant, Raina M.; Aiken Linda H. (2016): Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. In: *Medical Care*, vol. 54, no. 1, pp. 74-80.
- Medicare Australia (2017): Homepage. Online verfügbar unter: <https://www.humanservices.gov.au/customer/dhs/medicare> (07.01.2017).

- MGEPA, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013): Krankenhausplan NRW 2015. Online verfügbar unter: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/krankenhausplan-nrw-2015/1617> (07.01.2017).
- Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt, Japan (engl. Ministry of Health, Labour and Welfare; jap. 厚生労働省) (2016): 医療法第25条に基づく病院に対する立入検査結果（平成25年度）, Vor-Ort-Inspektion in Krankenhäusern, gemäß Artikel 25 des Medical Care Act (FY2013). Online verfügbar unter: <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000118770.pdf> (07.01.2017).
- Munnich, Elizabeth L. (2013): The labor market effects of california`s minimum nurse staffing law. In: Health Economics, vol. 23, no. 8, pp. 160-186.
- Namba, Hiroko; Koike, Atsushi; Wakabayashi, Takeko (2012): Effects of a 7:1 Patient-to-Nurse Staffing Ratio on Nurses' Stressors, Accumulated Fatigue, and Intention to Continue Working. In: Japan Society of Nursing Research, vol. 35, no. 4. Online verfügbar unter: http://www.jsnr.jp/yearbook/pdf/yearbook2013_01.pdf (07.01.2017).
- National Assembly for Wales (2014): Safe Nurse Staffing Levels (Wales) Bill Explanatory Memorandum. Online verfügbar unter: [http://www.assembly.wales/laid_documents/pri-ld10028-em - explanatory memorandum - safe nurse staffing levels \(wales\) bill/pri-ld10028-em-e.pdf](http://www.assembly.wales/laid_documents/pri-ld10028-em - explanatory memorandum - safe nurse staffing levels (wales) bill/pri-ld10028-em-e.pdf) (07.01.2017).
- National Assembly for Wales (2016): Nurse Staffing Levels (Wales) Act 2016. Overview. Online verfügbar unter: <http://www.senedd.assembly.wales/mglIssueHistoryHome.aspx?lId=11778> (07.01.2017).
- NCSBN, National Council of State Boards of Nursing (2017): Homepage des National Council of State Boards of Nursing. Online verfügbar unter: <https://www.ncsbn.org/contact-bon.htm> (07.01.2017).
- Neubauer, Günter; Nowy, Roland (2001): DRGs in Australien - Fallkostenkalkulation, Vergütungsfindung und Zu- und Abschläge. In: Das Krankenhaus, Jg. 93, Heft 2, S. 123-129.
- NHIA, National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare (2016): Nurse-Patient Ratio and NHI Payment Improvement Schemes. Online verfügbar unter: http://www.nhi.gov.tw/english/HotNewsEnglish/HotnewsEnglish_Detail.aspx?News_ID=120&menu=1&menu_id=291&NewsType=1 (07.01.2017).

- NJ Health, New Jersey Department of Health (2016): Hospital Patient Care Staffing Reports. Online verfügbar unter: <http://web.doh.state.nj.us/apps2/nursestaffing/quarterly.aspx> (07.01.2017).
- NNU, National Nurses United (2012): The Ratio Solution. NNU's RN-to-Patient Ratios Save Lives — Better Outcomes and More RNs. Online verfügbar unter: http://nurses.3cdn.net/f0da47b347e41bb03a_z1m6vl1sd.pdf (07.01.2017).
- NSW Government, New South Wales Government (2016): History of NSW Industrial Relations. Online verfügbar unter: http://www.industrialrelations.nsw.gov.au/oirwww/About_NSW_IR/History_of_NS_W_IR.page? (07.01.2017).
- OECD (2016): Length of hospital stay (indicator). Online verfügbar unter: <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm> (07.01.2017).
- OHA, Oregon Health Authority (2015): Nurse Staffing Surveys – Calendar Year 2013. Online verfügbar unter: <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/HealthcareProviders/Facilities/HealthcareHealthCareRegulationQualityImprovement/Documents/NSReport2013.pdf> (07.01.2017).
- OHA, Oregon Health Authority (2016): OHA Nurse Staffing Advisory Board. September 2016. Legislative Report. Online verfügbar unter: <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/HealthcareProviders/Facilities/HealthcareHealthCareRegulationQualityImprovement/Documents/NSABLegislativeReport2016.pdf> (07.01.2017).
- ONA, Oregon Nurses Association (2015): Oregon's New Hospital Nurse Staffing Law (Senate Bill 469). Online verfügbar unter: http://c.ymcdn.com/sites/www.oregonrn.org/resource/resmgr/Docs/ONA_SB469-Summary_2015-07-15.pdf (07.01.2017).
- Premier of Victoria (2015): Nurse & Midwife To Patient Ratios To Be Enshrined In Law. Pressemitteilung vom 30.08.2015. Online verfügbar unter: <http://www.premier.vic.gov.au/nurse-midwife-to-patient-ratios-to-be-enshrined-in-law/> (07.01.2017).
- Queensland Department of Health (2008): Business planning framework. A tool for nursing workload management. Resource manual 4th edition. Online verfügbar unter: https://www.health.qld.gov.au/nmoq/documents/hhs_boards_regulation.pdf (07.01.2017).

- Queensland Department of Health (2014a): Clinical services capability framework v3.2. Fundamentals of the framework. Online verfügbar unter: <https://www.health.qld.gov.au/publications/clinical-practice/guidelines-procedures/service-delivery/cscf/cscf-fundamentals-of-the-framework.pdf> (07.01.2017).
- Queensland Department of Health (2014b): Intensive care services - children's. CSCF v3.2. Online verfügbar unter: <https://www.health.qld.gov.au/publications/clinical-practice/guidelines-procedures/service-delivery/cscf/cscf-intensive-care-childrens.pdf> (07.01.2017).
- Queensland Department of Health (2014c): Intensive care services. CSCF v3.2. Online verfügbar unter: <https://www.health.qld.gov.au/publications/clinical-practice/guidelines-procedures/service-delivery/cscf/cscf-intensive-care-services.pdf> (07.01.2017).
- Queensland Department of Health (2015): Hospital and Health Boards (Safe Nurse-to- Patient and Midwife-to-Patient Ratios) Amendment Bill 2015. Explanatory Notes. Online verfügbar unter: <https://www.legislation.qld.gov.au/Bills/55PDF/2015/HospitalHealPatientRaAB15E.pdf> (07.01.2017).
- Queensland Department of Health (2016a): About the CSCF. Online verfügbar unter: <https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/service-delivery/cscf/about/default.asp> (07.01.2017).
- Queensland Department of Health (2016b): Clinical services capability framework. Online verfügbar unter: <https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/service-delivery/cscf/default.asp> (07.01.2017).
- Queensland Department of Health (2016c): Nursing and Midwifery Workload Management Standard. A standard about managing nursing and midwifery resource supply and demand and reporting of nursing and midwifery workload management information. Online verfügbar unter: <http://www.parliament.qld.gov.au/documents/tableOffice/TabledPapers/2016/5516T1055.pdf> (07.01.2017).
- Queensland Parliamentary Committees (2016): Hospital and Health Boards (Safe Nurse-to-Patient and Midwife- to-Patient Ratios) Amendment Bill 2015. Report No. 18. Health, Communities, Disability Services and Domestic and Family Violence Prevention Committee. April 2016. Online verfügbar unter: <http://www.parliament.qld.gov.au/Documents/TableOffice/TabledPapers/2016/5516T587.pdf> (07.01.2017).

- Reiter, Kristin L.; Harless, David W.; Pink, Georg H.; Spetz, Joanne; Mark, Barbara (2011): The Effect of Minimum Nurse Staffing Legislation on Uncompensated Care Provided by California Hospitals. In: *Med Care Res Rev.*, vol. 68, no. 3, pp. 332-351.
- Reiter, Kristin L.; Harless, David W.; Pink, George H.; Mark, Barbara A. (2012): Minimum Nurse Staffing Legislation and the Financial Performance of California Hospitals. In: *Health Serv. Res.*, vol. 47, vol. 3.1, pp. 1030–1050.
- Rice, Thomas; Rosenau, Pauline; Unruh, Lynn Y.; Barnes, Andrew J. (2013): United States of America. Health system review. Online verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions/united-states-of-america-hit-2013> (07.01.2017).
- SA Health, South Australia Department of Health and Aging; ANMF SA, Australian Nursing and Midwifery Federation (SA Branch) (2016): Nursing/Midwifery (South Australian Public Sector) Enterprise Agreement 2016. Online verfügbar unter: <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/cf8c86804f269517915ff79ea2e2f365/Proposed+NMEA+2016+Ballot+Version+Final.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=cf8c86804f269517915ff79ea2e2f365> (07.01.2017).
- Schmidt-De Caluwe, Reimund (2010): Der Gemeinsame Bundesausschuss als 'Souverän', das Bundesverfassungsgericht als 'Nikolaus' und der Anspruch des Krankenversicherten als 'Überraschungsei'. In: Kern, Bernd-Rüdiger; Lilie, Hans (Hg.): *Jurisprudenz zwischen Medizin und Kultur. Festschrift zum 70 Geburtstag von Gerfried Fischer*. Frankfurt/Main, S. 379-410.
- Scott, Cherill (2003): Setting safe nurse staffing levels. An exploration of the issues. Research reports, Royal College of Nursing. Online verfügbar unter: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.462.8041&rep=rep1&type=pdf> (07.01.2017).
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2015): Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin. Drucksachen-Nr. 17/2610; Vorlage Nr. R-780/2015. Online verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/> (07.01.2017).
- Seo, Sukyong (2015): Pay 4 Performance in Korean Hospital Nursing. Online verfügbar unter: <http://nursing.conferenceseries.com/europe/speakers/2015/sukyong-seo-eulji-university-south-korea.pdf> (07.01.2017).

- Seo, Sukyong; Choi, Sook-Ja; Park, Bohyun (2016): Changes in Hospital Nursing Employment after Linking Payment to Nurse Staffing. In: International Journal of Bio-Science and Bio-Technology, vol.8, no.3, pp. 53-62. Online verfügbar unter: http://www.sersc.org/journals/IJBSBT/vol8_no3/6.pdf (07.01.2017).
- Sermeus, Walter; Gillet, Pierre; Tambour, Wim; Gillain, Daniel M.; Grietens, Jan; Laport, Nancy; Michiels, Dominik; Thonon, Olivier; Vanden Boer, Guy; Van Herck, Pieter; Swartenbroekx, Nathalie; Ramaekers, Dirk (2007): Financement des soins infirmiers hospitaliers. KCE reports vol. 53B. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg/ Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Online verfügbar unter: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20071027307.pdf (07.01.2017).
- Serratt, Teresa; Harrington, Charlene; Spetz, Joanne; Blegen, Mary (2011): Staffing Changes Before and After Mandated Nurse-to-Patient Ratios in California's Hospitals. In: Policy, Politics, & Nursing Practice, vol. 12, no. 3, pp. 133-140.
- Serratt, Teresa (2013a): California's nurse-to-patient ratios, Part 1: 8 years later, what do we know about nurse-level outcome? In: The Journal of nursing administration, vol. 43, no. 9, pp. 475-480.
- Serratt, Teresa (2013b): California's Nurse-to-Patient Ratios, Part 2: 8 Years Later, What Do We Know About Hospital Level Outcomes? In: The Journal of nursing administration, vol. 43, no. 10, pp. 549-53.
- Serratt, Teresa; Spetz, Joanne; Harrington, Charlene (2013): California's nurse-to-patient ratios, part 3: eight years later, what do we know about patient level outcomes? In: Journal of Nursing Administration, vol. 43, no. 11, pp. 581-585.
- Simon, Michael (2008): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen. Bern: Hans Huber.
- Simon, Michael (2014): Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung. Ein Diskussionsbeitrag. Online verfügbar unter: http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_Paper_Personalbesetzungsstandards.pdf (07.01.2017).
- Simon, Michael (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Online verfügbar unter: <http://f5.hs-hannover.de/personen/lehrende-im-ruhestand/simon-michael-prof-dr-phil-prof/index.html> (07.01.2017).

- Spetz, Joanne (2008): Nurse satisfaction and the implementation of minimum nurse staffing regulations. In: Policy Politics Nursing Practice, vol. 9, no. 1, pp. 15-21.
- Spetz, Joanne; Chapman, Susan A.; Herrera, Carolina; Kaiser, Jennifer; Seago, Jean A.; Dower, Catherine (2009): Assessing the Impact of California's Nurse Staffing Ratios on Hospitals and Patient Care. California Health Care Foundation. Online verfügbar unter: <http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/PDF%20A/PDF%20AssessingCANurseStaffingRatios.pdf> (07.01.2017).
- Spetz, Joanne; Harless, David W.; Herrera, Carolina N.; Mark, Barbara A. (2013): Using minimum nurse staffing regulations to measure the relationship between nursing and hospital quality of care. In: Medical Care Research and Review, vol. 70, no. 4, pp. 380-399.
- SPF, Sante Publique, Securite de la Chaine Alimentaire et Environnement (2012): Avis Encadremenr Infirmier – Normes Services Sp. Online verfügbar unter: http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/nationale_raad_voor_ziekenhuisvoorzieningen-fr/2012_06_14_-_cneh_d_410-2_-_avis_normes_infirmires_sp_psychogriatrie.pdf (07.01.2017).
- Stoltzfus Jost, Timothy (2008): Krankes Gesundheitssystem. Bundeszentrale für politische Bildung, online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/internationales/amerika/usa/10719/gesundheitsystem> (07.01.2017).
- Tasmanian Government; Australian Nursing and Midwifery Federation, Tasmanian Branch; Health Services Union, Tasmania Branch (2014): Nurses and Midwives [Tasmanian State Service] Agreement 2014. Online verfügbar unter: http://www.tic.tas.gov.au/_data/assets/pdf_file/0020/302375/Nurses_and_Midwives_EA_2014.pdf (07.01.2017).
- Tellez, Michelle (2012): Work satisfaction among California registered nurses: a longitudinal comparative analysis. In: Nursing economics, vol. 30, no. 2, pp. 73-81.
- Tellez, Michelle; Seago, Jean Ann (2013): California Nurse Staffing Law and RN Workforce Changes. In: Nursing economics, vol. 31, no. 1, pp. 18-26.
- Tevington, Pamela (2011): Mandatory Nurse-Patient Ratios. In: Medsurg Nursing, vol. 20, no. 5, pp. 265-268.

- TIC, Tasmanian Industrial Commission (2014): Nurses and Midwives (Tasmanian State Service) Award - S198. Online verfügbar unter: http://www.tic.tas.gov.au/award_history/nurses_tasmanian_public_sector_award_2005 (07.01.2017).
- United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics (2016a): Occupational Outlook Handbook, 2016-17 Edition, Licensed Practical and Licensed Vocational Nurses, online verfügbar unter: <http://www.bls.gov/ooh/healthcare/licensed-practical-and-licensed-vocational-nurses.htm> (07.01.2017).
- United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics (2016b): Occupational Outlook Handbook, 2016-17 Edition, Registered Nurses, online verfügbar unter: <http://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm> (07.01.2017).
- Van den Heede, Koen; Sermeus, Walter; Diya, Luwis; Clarke, Sean P.; Lesaffre, Emmanuel; Vleugels, Arthur; Aiken, Linda H. (2009): Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: Cross-sectional analysis of administrative data. In: International Journal of Nursing Studies, vol. 46, no. 7, pp. 928–939. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700208/> (07.01.2017).
- Van de Voorde, Carine; Van den Heede, Koen; Obyn, Caroline; Quentin, Wilm; Geissler, Alexander; Wittenbecher, Friedrich; Busse, Reinhard; Magnussen, Jon; Camaly (Möbius), Olivier; Devriese, Stephan; Gerkens, Sophie; Mispion (Möbius), Sarah; Neyt, Mattias; Mertens, Raf (2014): Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KSC Report 229. Online verfügbar unter: <https://kce.fgov.be/publication/report/conceptual-framework-for-the-reform-of-the-belgian-hospital-payment-system> (07.01.2017).
- Vrijens France; Renard Françoise; Camberlin Cécile; Desomer Anja; Dubois Cécile; Jonckheer Pascale; Van den Heede Koen; Van de Voorde Carine; Walckiers Denise; Léonard Christian; Meeus Pascal (2016): Performance of the Belgian Health System - Report 2015 – Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 259C. Online verfügbar unter: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259C_performancerport2015.pdf (07.01.2017).

- WA Health, Department of Health Western Australia; Australien Nursing Federation (2013): WA Health – Australian Nursing Federation – Registered Nurses, Midwives, Enrolled (Mental Health) and Enrolled (Mothercraft) Nurses – Industrial Agreement 2013. Online verfügbar unter: [http://www.health.wa.gov.au/awardsandagreements/docs/WA_Health_Australian_Nursing_Federation_Registered_Nurses_Midwives_Enrolled_\(Mental_Health\)_Enrolled_Nurses_Industrial_Agreement2013.pdf](http://www.health.wa.gov.au/awardsandagreements/docs/WA_Health_Australian_Nursing_Federation_Registered_Nurses_Midwives_Enrolled_(Mental_Health)_Enrolled_Nurses_Industrial_Agreement2013.pdf) (07.01.2017).
- Wallex, Le droit wallon (1964-2014): Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. Online verfügbar unter: <https://wallex.wallonie.be/index.php?doc=8791> (07.01.2017).
- Weichenthal, Lori; Hende, Gregory (2011): The Effect of Mandatory Nurse Ratios on Patient Care in an Emergency Department. In: Journal of Emergency Medicine, vol. 40, no. 1, pp. 76–81.

Die Personalbemessung ist ein entscheidender Faktor für die Qualität der Gesundheitsversorgung im Krankenhaus. Ebenso wird die dünne Personaldecke im Pflegedienst in Krankenhäusern seit Jahren als Ursache für eine hohe Arbeitsbelastung problematisiert. Die vorliegende Studie gibt einen Überblick über internationale Regulierungssysteme, die zwingend einzuhaltende Mindestbesetzungen in Form von sogenannten Nurse-to-Patient Ratios vorgeben. Die Autoren kommen zum Ergebnis, dass ein Großteil der Regelungen auf Deutschland übertragbar wäre.
