



**GESUNDE PERSONALBEMESSUNG:
ARBEITSSCHUTZ UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN
KONTEXTEN DER SYSTEMATISCHEN
PERSONALBEMESSUNG FÜR DIE PFLEGE (GEPAG)**

**Abschlussbericht zur Machbarkeitsstudie
im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)**

März 2021

Projektleitung: Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück
Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler, Universität Osnabrück

Projektmitarbeit: Dr. Lena Marie Wirth, Universität Osnabrück
Nicole Ruppert, Hochschule Osnabrück
Kristina Schilke, Universität Osnabrück

Projektlaufzeit: 15.01.2020 bis 14.01.2021

Die Studie wurde mit Mitteln der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gefördert.

Impressum

Herausgeber:
Universität Osnabrück
Fachgebiet Pflegewissenschaft
Barbarastr. 22c
49069 Osnabrück

Zitationsvorschlag:

Wirth, Lena Marie; Ruppert, Nicole; Schilke, Kristina; John, Swen Malte; Büscher, Andreas; Hülsken-Giesler, Manfred (2021): Gesunde Personalbemessung: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Kontexten der systematischen Personalbemessung für die Pflege (GePAG). Abschlussbericht im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Osnabrück.

März 2021

Inhalt

1.	Einleitung	3
2.	Methodisches Vorgehen	4
3.	Ergebnisse.....	8
	3.1. Ergebnisse Scoping Reviews.....	8
	3.2. Ergebnisse Expert*innen-Interviews.....	12
	3.3. Ergebnisse Fokusgruppe.....	15
	3.4. Ergebnisse der Machbarkeitsstudie	18
5.	Ausblick und Empfehlungen	20
6.	Literaturverzeichnis	22
7.	Anhang.....	27

1. Einleitung

Fehlende Fachkräfte, steigende Versorgungszahlen und die Erhöhung der Anzahl an multimorbid erkrankten Menschen setzen die Beschäftigten in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung erheblich unter Druck. Die Entwicklungen führen im Gesundheits- und Pflegesektor auf Ebene der Versorgungspraxis, innerhalb der organisationalen Prozesse und auf struktureller Ebene zu physischen und psychischen Belastungen.

Um Mitarbeiter*innen in der Pflege zu entlasten, den Personalbestand nicht weiter zu gefährden, das Berufsfeld ggf. dadurch attraktiver zu machen und über diesen Weg eine Ausweitung des Arbeitszeitvolumens zu ermöglichen, sind allerdings dringlich Verbesserungen im Bereich der Arbeitsbedingungen sowie auch der Weiterbildungsmöglichkeiten nötig (Bundesagentur für Arbeit 2019; Rothgang et al. 2012). Als wichtiger Baustein wird die Einführung von Personalbemessungsverfahren diskutiert. Die Stärkung des Pflegepotenzials im Bereich der beruflichen Pflege wird jedoch nur gelingen, wenn Arbeit in der Pflege langfristig gesund ausgeübt werden kann. Neue Regulierungen zur Personalbemessung, die nach Etablierung ggf. jahrzehntelange Gültigkeit bewahren (Rothgang 2018), müssen daher zwingend Aspekte zur nachhaltigen Förderung und zum Schutz der Gesundheit der Mitarbeiter*innen in der Pflege berücksichtigen.

Der wissenschaftliche Diskurs zur Bemessung von Personalbedarf ist nicht per se pflegespezifisch. In sämtlichen Organisationen wird über Personalplanungsansätze, die entweder quantitativ oder qualitativ sein können, durch konkrete Methoden oder erfahrungsbasierte Schätzwerte das Personal für die zu erledigende Arbeit bestimmt (Krings 2018). Die Planungsansätze versuchen dabei auf unterschiedliche Weise, die Unsicherheit, die menschliches Verhalten und situative Umfeldfaktoren mit sich bringen, zu minimieren (Jung 2017).

Pflegearbeit wird oftmals als verrichtungsorientierte Tätigkeit wahrgenommen und ist leistungsrechtlich in Deutschland vorrangig so abgebildet. Aus einer pflegewissenschaftlichen und pflegefachlichen Perspektive ist damit weder das Spektrum der beruflichen oder akademischen Ausbildung zutreffend charakterisiert, noch entspricht diese Wahrnehmung der tatsächlichen Pflegearbeit in der Praxis. Treffender ist Pflege als personenbezogene Dienstleistungsarbeit charakterisiert. Verschiedenen pflege- und arbeitswissenschaftlichen Ansätzen zur Beschreibung des Pflegehandelns folgend ist Pflegearbeit wissensbasierte Beziehungs- und Problemlösungsarbeit, die auf externer und interner Evidenz basiert. Sie ist körperbezogene Arbeit und Interaktionsarbeit und sie findet – nicht selten in komplexen sozialen und interdisziplinären Bezügen – statt, mit Menschen in alters- und/oder gesundheitlich bedingten Problemlagen, die aufgrund von Beeinträchtigungen ihrer individuellen Selbständigkeit der personellen Unterstützung bedürfen. Dies impliziert die Notwendigkeit ethischer Abwägungen und multiperspektivischer Entscheidungsfindungsprozesse ebenso wie möglichst weitgehend Fundierung pflegerischer Maßnahmen auf wissenschaftlicher Evidenz. Als personenbezogene Dienstleistung ist Pflegearbeit stets Arbeit in Ungewissheit, die –

etwa unter Gesichtspunkten von zeitlichen und/oder personellen Aufwendungen – nur begrenzt standardisierbar ist. Dies gilt insbesondere für Aspekte der Pflege als Interaktionsarbeit (Böhle et al. 2015), insofern Gefühlsarbeit (als Arbeit mit den Gefühlen von Patient*innen und Klient*innen), Emotionsarbeit (als Arbeit an den eigenen Gefühlen der Hilfs- und Fachkräfte in häufig existenziell bedeutsamen Situationen), Kooperationsarbeit (in komplexen Pflegearrangements und interdisziplinären Teams) und subjektivierendes Arbeitshandeln (als Befähigung zur Bewältigung von Unwägbarkeiten), die häufig mit besonderen situativen Arbeitsbelastungen verbunden ist und nicht selten organisationale Planungen in Frage stellt. Arbeitskontexte, in denen die benannten Aspekte der Interaktionsarbeit konstitutiv sind, stellen Personalbemessung vor besondere Herausforderungen, um das Spannungsverhältnis zwischen organisational erforderlicher Planbarkeit und handlungsfeldspezifischer Ungewissheit systematisch in eine angemessene Balance zu bringen. Die Herstellung einer entsprechenden Balance ist vor dem Hintergrund, dass berufliche Pflegearbeit regelhaft mit hoch vulnerablen Patient*innen- und Klient*innengruppen sowie in Kontexten bedeutsamer existenzieller Herausforderungen erfolgt, ohne Zweifel auch ein ethisch-moralisches Gebot.

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Gesunde Personalbemessung: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Kontexten der systematischen Personalbemessung für die Pflege“ (GePAG) haben die Hochschule und die Universität Osnabrück, gefördert von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) dieses Spannungsverhältnis in Bezug auf Aspekte von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung untersucht.

2. Methodisches Vorgehen

Das Vorhaben zielte darauf ab, die Machbarkeit einer systematischen Integration von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Instrumentarien der Personalbemessung für die Pflege zu prüfen. Im Rahmen dieser Machbarkeitsstudie wurden Aspekte und Verfahren der Personalbemessung in der beruflichen Pflege adressiert und einschlägige Entwicklungen, empirische Befunde und ethische Reflexionen aus weiteren (nicht-pflegerischen) beruflichen Handlungsfeldern (personenbezogener Dienstleistungen) sowie Erkenntnisse in Bezug auf die Besonderheiten für den spezifischen Arbeitsschutz von Mitarbeiter*innen im Bereich der beruflichen Pflege berücksichtigt.

Konkret wurde in der Machbarkeitsstudie gefragt:

- Auf welcher Basis kann eine Erweiterung von Verfahren zur Personalbemessung in der Pflege um Aspekte von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung begründet werden?
- Welche konkreten Aspekte hat eine solche Erweiterung vor dem Hintergrund der nationalen und internationalen Debatte um Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung zu berücksichtigen?

- Welche Anschlussstellen weisen aktuelle Ansätze zur Personalbemessung in der Pflege auf, um Aspekte von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung ggf. systematisch zu integrieren?
- Welche systematischen (ggf. methodischen) Weiterentwicklungen sind für aktuell vorliegende Instrumente zur Personalbemessung in der Pflege vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Machbarkeitsstudie zu empfehlen?



Abbildung 1, Phasen der GePAG-Machbarkeitsstudie, eigene Darstellung.

Die Machbarkeitsstudie wurde über vier aufeinander aufbauende Phasen realisiert (vgl. Abb. 1).

Phase 1 – Literaturrecherche: Über eine systematische Literaturstudie wurden Aspekte von Gesundheit und Arbeitsschutz in der Pflege identifiziert, die bei der Weiterentwicklung von Instrumenten der Personalbemessung (potenziell) zu berücksichtigen sind. Die Ergebnisse wurden um nationale und internationale Erkenntnisse zu Ansätzen der Integration von Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz in Verfahren der Personalbemessung für Kontexte der (nicht-pflegespezifischen) personennahen Dienstleistung ergänzt. Flankierend wurde eine Literaturrecherche zum Zusammenhang von Personalbemessung, ethisch-moralischem Konflikterleben (Moral Distress) und Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz in der Pflege durchgeführt. Für die Literaturrecherchen wurde die Methode des Scoping Reviews genutzt. Scoping Reviews ermöglichen eine breite Identifizierung von Konzepten und Ansätzen sowie von empirischen Erkenntnissen (Evidenz) und wissenschaftlich-fachlichen Bewertungen in Bezug auf ein ausgewähltes Themenfeld (Elm et al. 2019, S. 2). Das konkrete Vorgehen im Rahmen der Erstellung der Scoping Reviews ist in Anhang A zusammengefasst.

Phase 2 – Expert*innen-Interviews:

Auf der Basis der Ergebnisse der systematischen Literaturrechen wurden Expert*innen-Interviews mit Entwickler*innen aktuell diskutierter Instrumente zur Personalbemessung in der Langzeit- und Akutpflege in Deutschland durchgeführt (Rothgang et al. 2020a, Fleischer 2020). Im Mittelpunkt der Interviews stand die Erörterung von Möglichkeiten, die aktuellen Ansätze zur Personalbemessung in der Pflege systematisch um Aspekte von Gesundheits- und Arbeitsschutz in der Pflege zu erweitern. Die Expert*innen-Gespräche waren ursprünglich in Form präsenzbasierter Fokusgruppen geplant. Durch die Herausforderungen rund um das Infektionsgeschehen von COVID-19 wurde auf internetgestützte Expert*innen-Interviews im Rahmen von Videositzungen ausgewichen. Diese Änderung wurde mit der BGW als Projektförderer abgestimmt.

Expert*innen-Interviews können als „systematisches und theoriegeleitetes Verfahren der Datenerhebung in Form der Befragung von Personen, die über exklusives Wissen verfügen“ definiert werden (Kaiser 2014, S. 6). Im Rahmen dieser Untersuchung wurden als Expert*innen Personen angesehen, die an der Entwicklung von Personalbemessungssystemen in der Pflege maßgeblich beteiligt waren.

Es wurden insgesamt drei Interviews mit 4 Expert*innen durchgeführt. Eine erste Intervieweinheit fokussierte dabei auf Personalbemessungsverfahren für die Langzeitpflege. In diesem Rahmen wurden drei Expert*innen befragt, die an der Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113 c SGB XI beteiligt waren (Rothgang et al. 2020a). Die befragten Interviewpartner*innen vertraten Expertise in Bezug auf Aspekte der methodischen Begründung des entwickelten Personalbemessungsverfahrens und in Bezug auf Pflege als Interaktionsarbeit. Eine zweite Intervieweinheit fokussierte auf eine Auseinandersetzung mit Personalbemessungsverfahren für die Pflege im Krankenhaus (Fleischer 2020). Der befragte Experte war maßgeblich an den Entwicklungen zum Personalbedarfsbemessungsinstrument PPR 2.0 für die Pflege im Krankenhaus beteiligt.

Die Expert*innen-Interviews wurden mit Hilfe eines eigens entwickelten Leitfadens durchgeführt, der einen systematischen Ablauf der Interviewführung ermöglichte (Helfferich 2014, S. 560). Inhaltlich umfasste der Leitfaden die folgenden Aspekte:

- Beschreibung des Personalbemessungsverfahrens, an dessen Entwicklung der/die Expert*in beteiligt war und Explikation der verwendeten Bemessungsgrundlagen.
- Explikation des zugrundeliegenden Pflegeverständnisses.
- Qualitative und quantitative Abbildung von Aspekten des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung sowie von Fragen der Führung, Personalentwicklung, Sicherheit und Qualität im Rahmen des jeweils entwickelten Personalbemessungsverfahrens.
- Expert*inneneinschätzungen zur Berücksichtigung von Tätigkeiten, die nicht der direkten Versorgung zuzuordnen sind (wie z.B. Rüstzeiten, Dokumentation, Teambesprechungen/Reflexion, Weiterbildung) im Rahmen des jeweils entwickelten Personalbemessungsverfahrens.
- Planungen zur Evaluation der entwickelten Personalbemessungsverfahren.
- Expert*inneneinschätzungen zur Relevanz von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung für die Personalbemessung in der Pflege.
- Expert*inneneinschätzungen zu Möglichkeiten, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in die entwickelten Verfahren zu integrieren
- Expert*inneneinschätzungen zur Bedeutung von berufsethischen Fragestellungen und Belastungen (Moral Distress) im Kontext von Personalbemessungsverfahren.
- Expert*inneneinschätzungen zu Möglichkeiten der Berücksichtigung von professioneller Selbstbestimmung und autonomem pflegerischen Handeln im Kontext von Personalbemessungsverfahren.

In der Interviewführung wurde nach dem Prinzip „so offen wie möglich, so strukturiert wie nötig“ (Helfferrich 2014, S. 560) vorgegangen. Die Interviews wurden stets von zwei Interviewer*innen mit ein bis zwei Expert*innen durchgeführt und dauerten zwischen 60 und 90 Minuten. Die Interviews wurden aufgenommen und in zentralen Ausschnitten transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring 2010).

Phase 3 – Fokusgruppen-Interviews:

Im Rahmen eines Fokusgruppen-Interviews wurden die erarbeiteten Zwischenergebnisse am 06. November 2020 einer Gruppe von Stakeholdern präsentiert und zur Diskussion gestellt. Ein Fokus-Gruppeninterview stellt eine qualitative Methode der empirischen Sozialforschung dar, in dem eine Ausgangsfragestellung unter der Leitung eines Gruppengesprächs diskutiert wird (Bohnensack 2017). Dabei wird die kollektive Erfahrungsbasis bzw. ein kollektiver Orientierungsrahmen der Gruppe erhoben (ebenda). Fokusgruppen werden in der Regel in Multi-Methods-Design eingebunden, um eine weitere Exploration der Erkenntnisse zu erlangen (Schulz 2012), wie es auch in diesem Projekt der Fall war.

Zur Teilnahme an der Fokusgruppe wurden insgesamt 19 Akteure aus dem Bereich der pflegerischen Versorgung mit einem fachlichen Bezug zu Fragen der Personalmessung angefragt. 11 Personen haben ihre Teilnahme an dem Fokusgruppen-Interview zugesagt. Die Fokusgruppe wurde auf Grund des COVID-19-Infektionsgeschehens über eine internetgestützte Videokonferenz durchgeführt. Auf Grund technischer Probleme hat eine Teilnehmerin kurzfristig nicht an der Veranstaltung teilnehmen können. Es wurde im Nachgang ein Telefonat geführt, in dessen Rahmen die Einschätzung dieser Teilnehmerin nacherfasst wurde und so zusätzlich in die Auswertung einfließen konnte.

An der Fokusgruppe haben Teilnehmer*innen aus folgenden Institutionen und Interessenvertretungen teilgenommen:

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW),
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa),
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK),
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG),
- Deutscher Pflegerat e.V. (DPR),
- Gewerkschaft ver.di,
- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein
- Universität Bremen, Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (Socium),
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB),
- Vereinigung der Pflegenden in Bayern.

Die Fokusgruppen-Sitzung (insgesamt vier Stunden) wurden über einen Audiomitschnitt dokumentiert, in zentralen Ausschnitten transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring 2010).

Phase 4 – Ableitung von Handlungsempfehlungen:

Die Zwischenergebnisse aus den Projektphasen wurden mit Blick auf die Projektfragestellung (Machbarkeit einer systematischen Integration von Aspekten des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung in Instrumentarien der Personalbemessung für die Pflege) übergreifend analysiert. Vor diesem Hintergrund wurden Handlungsempfehlungen für das weitere Vorgehen abgeleitet.

3. Ergebnisse

3.1. Ergebnisse Scoping Reviews

Die Ergebnisse der Scoping Reviews werden nachfolgend zunächst einzeln erläutert. Die Zusammenführung der Erkenntnisse wird in Abschnitt 3.4. in Bezug auf den Fokus der Machbarkeit vollzogen.

3.1.1. Scoping-Review-Nr. 1: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung bei personenbezogenen Dienstleistungen im Rahmen von Personalbemessung

Die Analyse zeigt, dass eine Forschungslücke bzgl. der konkreten Berücksichtigung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Personalbemessungsmethoden besteht, da keiner der eingeschlossenen Artikel konkret dieses Zusammenspiel in den Fokus nimmt. Olley et al. (2019) und Mohr et al. (2016) weisen ausdrücklich auf fehlende Forschungsarbeiten bzgl. eines gesunden Personaleinsatzes und dem Zusammenspiel mit organisationalen Mechanismen hin. Ausstehend sind auch Untersuchungen, ob und inwiefern sich der Einsatz der bisher etablierten Personalbemessungsmethoden auf das Gesundheitserleben der Mitarbeiter*innen auswirkt. Grundsätzlich wird in den eingeschlossenen Arbeiten davon ausgegangen, dass die Personalausstattung (engl.: Staffing) einen Einfluss auf die Gesundheit von Pflegekräften hat (Sturm et al. 2019, Cramer & Hunter 2019, Cho & Han 2018, Samur & Intepeler 2017, Mohr et al. 2016). Rainbow (2019) weist darauf hin, dass zu wenig Personal zu mehr Präsentismus der Anwesenden führt, das heißt zu „Arbeiten trotz Krankheit“.

Kritisch wird auf eine mangelnde Flexibilität von etablierten Personalbemessungsmethoden hingewiesen, die Personalquoten statisch fixieren (Olley et al. 2019). In diesem Zusammenhang wird insbesondere auch die Notwendigkeit qualifikatorischer Differenzierungen diskutiert: Festgeschriebene Quoten können bei mangelnder qualifikatorischer Differenzierung der Personalbemessungsgrundlagen dazu führen, dass Personalmangel durch Hilfspersonal oder Leiharbeitskräfte kompensiert wird. Dies provoziert, so die Literaturlage, ggf. Überforderungen für das Stammpersonal sowie für Hilfskräfte und Leiharbeit durch die Personalbemessungsvorgaben und kann zu einer Gefährdung der Patient*innen-Sicherheit führen (Baker et al. 2019, Wolf et al. 2017).

Verbesserte Personalausstattungen werden hingegen als Investition in eine bessere Versorgungsqualität erachtet, die wiederum in mehr Arbeitszufriedenheit und weniger Fluktuation münden und damit die Arbeitsgesundheit stärkt (Sturm et al. 2019, Liu et al. 2018, Mohr et al. 2016).

Die Literaturstudie zeigt folglich, dass ein Zusammenhang zwischen Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Personalbemessung besteht, jedoch detaillierte Erkenntnisse über die konkreten Wechselwirkungen fehlen. Der Forschungsstand verweist aber auf Verbindungen zwischen einer gesunden Ausübung von Arbeit (i.S.v. Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung) und organisationalen Mechanismen. So wird beispielweise die Relevanz von Führungskräften für die konkrete Verantwortlichkeit von sicherem und gesundheitsorientiertem Personaleinsatz herausgestellt (Sturm et al. 2019, Mohr et al. 2016 und Humphries & Woods 2015). Weiterhin wird deutlich, dass ethische Herausforderungen bei geringen Personalkapazitäten verschärft zu psychischen Belastungen bei den Mitarbeiter*innen führen können. Eine gute Beziehung zwischen den Organisationsmitgliedern und die Unterstützung der Führungskräfte können in diesem Rahmen für Entlastung sorgen (Humphries & Woods 2015). Soziale Unterstützung und ihre positive Wirkung auf die Mitarbeiter*innen-Gesundheit wird sowohl im Bereich der Führungsbeziehung zwischen Mitarbeiter*innen und Führungskräften als auch unter den Kolleg*innen thematisiert (Sturm et al. 2019, Furunes et al. 2018, Josefsson et al. 2018, Alilyyani et al. 2018, Humphries & Woods 2015). Der Bezug zur Personalbemessung ergibt sich dadurch, dass weniger Belastungen geringere Fluktuation und Abwesenheiten und demnach einen stabilere Personaleinsatz begünstigen. Für eine erfolgreiche Umsetzung müssen allerdings gezielte Maßnahmen und Reflexions- und Zeiträume für eine Entwicklung und Umsetzung von sozialen Unterstützungsereignissen ermöglicht werden, die sich auch im Rahmen der Bemessungsgrößen widerspiegeln.

Weitere thematisch einschlägige Ergebnisse der Literaturrecherche betreffen a) die Kommunikation über den Personaleinsatz und die Personalbemessung, die laut Literaturlage klar der Expertise der in der Praxis tätigen Pflegekräfte zugesprochen wird (Sturm et al. 2019, Rajabi et al. 2018, Wolf et al. 2017), b) die Erkenntnis, dass eine gesunde Arbeitsgestaltung die Autonomie und Beteiligung der Pflegekräfte im Bereich der Planung, Gestaltung und Steuerung von Arbeit zu stärken hat (Sturm et al. 2019, Albashayreh et al. 2019, Cramer & Hunter 2019, Furunes et al. 2018 und Josefsson et al. 2018), c) Maßnahmen anzuraten sind, die eine Bindung der Mitarbeiter*innen fördern, damit häufige Wechsel und Fehlzeiten verringert werden, da diese durch ein neues Anlernen und Einarbeiten zu einer Mehrbelastung des Stammpersonals führt (Baker et al. 2019, Wolf et al. 2017, Mohr et al. 2016) und d) die Einsicht, dass die Verweildauer von Patient*innen innerhalb der akutstationären Versorgung in Kontexten der Personalbemessung zu berücksichtigen ist, insofern kurze Verweildauern und hohen Patient*innen-Aufkommen zur Belastungen der Pflegekräfte und mitunter auch der Ärzt*innen führen (Sturm et al. 2019; Humphries & Woods 2015).

3.1.2. Scoping-Review-Nr. 2: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung sowie Moral Distress im Rahmen von Personalbemessung

Die Ergebnisse des zweiten Reviews zeigen, dass Moral Distress maßgeblich durch Personalmangel bzw. Personaleinsatzthemen ausgelöst wird. Moral Distress aufgrund von Personalmangel wird in 14 der 16 Publikationen thematisiert (Berhie et al. 2020, Borhani et al. 2017, Bosshardt et al. 2018, Colville et al. 2019, Ganz et al. 2015, Hiler et al. 2018, Pergert et al. 2019, Spenceley et al. 2019, Trotochaud et al. 2015, Vaziri et al. 2015,

Wachholz et al. 2019, Whitehead et al. 2015, Woods et al. 2015, Woods 2020). Personalmangel gehört bei den eingeschlossenen Artikeln demnach zu den am häufigsten benannten Ursachen für Moral Distress.

Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass Moral Distress mitverantwortlich für eine hohe Fluktuation bei Pflegekräften ist (Almutairi et al. 2019, Borhani et al. 2017, Colville et al. 2019, Hiler et al. 2018, Laurs et al. 2020, Pergert et al. 2019, Trotochaud et al. 2015, Wachholz et al. 2019, Whitehead et al. 2015, Woods et al. 2015, Woods 2020). Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Pflegekraft ihren Arbeitsplatz verlässt, ist dreimal höher, wenn sie Moral Distress erlebt hat (Almutairi et al. 2019). Aufgegeben wird dabei häufig nicht nur die gegenwärtige Berufsposition oder der Arbeitsplatz in einer bestimmten Einrichtung, sondern die Ausübung des Pflegeberufs (Woods 2020).

Die Analyse der eingeschlossenen Literatur ergab drei wesentliche Themen, die im Zusammenhang mit Moral Distress und Personalbemessung stehen:

- Moral Distress und Personaleinsatz
- Moral Distress und Führung
- Moral Distress und soziale Unterstützung

Die Wahrscheinlichkeit, dass moralische Konflikte eintreten ist bei einer geringen Personalausstattung besonders hoch (Berhie et al. 2020, Borhani et al. 2017, Bosshardt et al. 2018, Colville et al. 2019, Ganz et al. 2015, Hiler et al. 2018, Pergert et al. 2019, Spenceley et al. 2019, Trotochaud et al. 2015, Vaziri et al. 2015, Wachholz et al. 2019, Whitehead et al. 2015, Woods et al. 2015, Woods 2020). Die damit einhergehende (Arbeits-)Überlastung und der Stress wirken sich nicht nur negativ auf das betroffene Personal aus (Bosshardt et al. 2018). Moral Distress hat zur Folge, dass die emotionale Unterstützung der Pflegekräfte gegenüber den Patient*innen vermindert und so eine weniger hochwertige Pflege geleistet wird (ebd.). Eine gesunde Arbeitsumgebung, die also mit genügend personellen Ressourcen ausgestattet ist, kann zur Minderung von Moral Distress beitragen (Hiler et al. 2018). Das bestätigen auch 87,9 % der Befragten aus der Studie von Spenceley et al. (2019), bei der das Vorhandensein von genügend Personal auf Platz eins der Strategien zur Vermeidung von Moral Distress gewählt wurde.

Die quantitative Betrachtung der Personalsituation wird ergänzt durch eine qualitative Betrachtung. Entscheidend in Bezug auf Moral Distress ist nicht nur das Vorhandensein von genug Personal, sondern auch des „richtig“ ausgebildeten Personals (Berhie et al. 2020, Bosshardt et al. 2018, Hiler et al. 2018, Pergert et al. 2019, Trotochaud et al. 2015, Vaziri et al. 2015, Wachholz et al. 2019, Whitehead et al. 2015, Woods et al. 2015, Woods 2020). Das Arbeiten mit unzureichend ausgebildetem Personal oder auch der falsche Qualifikations-mix auf einer Station gehören neben dem Arbeiten mit einer unzureichend hohen Anzahl von Personal zu den Situationen, die in dem Artikel von Woods et al. (2015) die höchsten Moral-Distress-Werte aufweisen. Moral Distress wird aber nicht nur durch die Zusammenarbeit mit Kompetenz- und Qualifikationsunterschieden ausgelöst, sondern auch, wenn sich die Pflegekraft in gewissen Situationen nicht kompetent genug fühlt (Pergert et al. 2019).

Eine weitere Situation, die Moral Distress auslöst, ist die Beobachtung einer mangelhaften Patientenversorgung, da die Kontinuität der Anbieter nicht gewährleistet werden kann (Pergert et al. 2019, Trotochaud et al. 2015, Whitehead et al. 2015, Woods et al. 2015). Der ständige „Kontaktwechsel“ führt dazu, dass sich die Pflegekräfte und Patienten immer wieder neu aufeinander einstellen müssen (Woods et al. 2015). Das kann die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient*in verringern und mit einer schlechteren Patient*innen-Versorgung einher gehen (ebd.). Ebenfalls in diesem Kontext anzusprechen ist der Patient-Throughput (Borhani et al. 2017, Ganz et al. 2015, Woods 2020). Der wirtschaftliche Druck zwingt zur Aufnahme vieler Patient*innen, ohne die personellen Ressourcen entsprechend anzupassen (Woods 2020). Als Folge steigt das Stressniveau bei den Pflegekräften, was letztendlich zum Abgang vom Arbeitsplatz führt und die Personalsituation weiter verschärft (Borhani et al. 2017).

Der Konflikt zwischen einer wirtschaftlichen und fachlich guten Versorgung zeigt sich in den eingeschlossenen Artikeln vor allem bei den Führungskräften (Berhie et al. 2020, Borhani et al. 2017, Ganz et al. 2015, Pergert et al. 2019, Wachholz et al. 2019, Whitehead et al. 2015, Woods et al. 2015, Woods 2020). Vor allem die Pflegemanager*innen stehen in dem Zwiespalt, die Kosten zu senken und trotzdem eine hochwertige Betreuung zu gewährleisten (Ganz et al. 2015). Die daraus resultierenden Einsparungen des Personals und sonstiger Ressourcen führen nicht nur zu Moral Distress bei den Pflegemanager*innen (ebd.). Betroffen sind auch die Pflegekräfte, die sich aufgrund von Wirtschaftlichkeitsentscheidungen nicht in der Lage fühlen, eine optimale Versorgung leisten zu können (Borhani et al. 2017, Pergert et al. 2019, Woods et al. 2015). Die Aufgabe eines angemessenen Personaleinsatzes wird von den Pflegekräften als Führungsaufgabe wahrgenommen (Bosshardt et al. 2018, Hiler et al. 2018, Pergert et al. 2019, Spenceley et al. 2019, Woods et al. 2015, Woods 2020). Führungskräfte in der Pflege werden zwar von ihren Mitarbeiter*innen für die Belastungen verantwortlich gemacht, können jedoch faktisch nichts an der Situation verändern. Eine gute Beziehung zwischen Führungskräften und Mitarbeiter*innen ist demzufolge wichtig und zeigt sich u.a. auch in der Relevanz von sozialer Unterstützung zwischen Führungskraft und Mitarbeiter*in (Spenceley et al. 2019, Vaziri et al. 2015, Woods 2020).

Neben der sozialen Unterstützung zwischen den Hierarchien ist gemäß der eingeschlossenen Artikel auch die Unterstützungssituation zwischen den Kolleg*innen ein wesentlicher Faktor, der moralische Konfliktsituationen beeinflusst (Berhie et al. 2020, Bosshardt et al. 2018, Hiler et al. 2018, Laurs et al. 2020, Spenceley et al. 2019, Trotochaud et al. 2015, Vaziri et al. 2015, Wachholz et al. 2019, Whitehead et al. 2015, Woods et al. 2015, Woods 2020). Beispielsweise benannten 82,4 % der Pflegekräfte aus der Studie von Spenceley et al. (2019) „Sharing laughter and humour with colleagues“ (S. 56) als Strategie zur Vermeidung von Moral Distress. Um ein gesundes Arbeitsumfeld zu schaffen, ist somit die Förderung der Zusammenarbeit und Kommunikation im Team erforderlich (Hiler et al. 2018, Whitehead et al. 2015).

ZWISCHENERGEBNISSE I (Scoping-Reviews)

1. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Personalbemessung, detaillierte Erkenntnisse über die konkreten Wechselwirkungen fehlen jedoch.
2. Es besteht ein Zusammenhang zwischen organisationalen Strukturen und gesunder Arbeit.
3. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Personalkapazitäten in der Pflege, ethischem Belastungserleben (Moral Distress) und erhöhten Fluktuationsraten.
4. Aspekte von Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und ethischem Belastungserleben werden in etablierten Ansätzen der Personalbemessung in Kontexten der personenbezogenen Dienstleistung bislang systematisch nicht berücksichtigt.

3.2. Ergebnisse Expert*innen-Interviews

3.2.1. Prämissen der aktuellen Personalbemessungsinstrumente für die Pflege

Bei der auf Basis gesetzlicher Anforderungen durch § 113c SGB XI initiierten wissenschaftlich fundierten Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes für die stationäre Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung (im Folgenden kurz: PeBeM) wurden empirisch Ist- und Soll-Werte für die Dauer vielfältiger Pflegehandlungen ermittelt, aus denen ein Algorithmus zur Personalbemessung entwickelt wurde. Die Erhebung erfolgte auf Basis eines umfangreichen Katalogs pflegerischer Tätigkeiten, die aus nationalen und internationalen Systematisierungsansätzen des Pflegehandelns abgeleitet und in einem Begleitgremium konsentiert wurden. Den pflegerischen Tätigkeiten wurden Qualifikationsniveaus zugeordnet, die für die Durchführung als angemessen angesehen werden können. Die ermittelten Zeiten wurden in Relation zur Ausprägung der Pflegebedürftigkeit gesetzt, ausgedrückt in den fünf Pflegegraden, die in der Pflegeversicherung das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit konkretisieren und über die Höhe der Leistungen entscheiden. Im Ergebnis wird vor allem ein zusätzlicher Bedarf an Hilfskräften in der Pflege festgestellt, dem durch die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel politisch mittlerweile auch entsprochen wurde. Geplant ist eine breit angelegte Implementierung des Ansatzes, bei der auch vorhandene Kritikpunkte zu Fragen der Berechnung des Algorithmus aufgegriffen werden sollen.

Aspekte der Pflege als Interaktionsarbeit wurden im Rahmen des Projektes PeBeM über einen Unterauftrag gesondert betrachtet, dies allerdings in einer handlungsfeldunspezifischen Perspektive der Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit. Grundsätzliche Anforderungen an Pflege als Interaktionsarbeit wurden in den Tätigkeitskatalog für PeBeM integriert und damit auch im Rahmen der empirischen Erhebungen berücksichtigt. Über qualitative Erhebungen wurde ein Bedarf von 5-10% des Gesamtzeitaufwandes der Pflege für Interaktionsarbeit eingeschätzt, der nicht auf konkrete Tätigkeiten bezogen ist und im PeBeM-Algorithmus bislang nicht berücksichtigt wurde.

Das Personalbedarfsbemessungsverfahren für den Krankenhausbereich (im Folgenden: PPR 2.0) beruht auf einer anderen Grundlage. Es dient als Interimslösung zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden somatischen Stationen für Erwachsene im Krankenhaus (vgl. Eckpunkte PPR 2.0). Das Verfahren basiert auf der ersten Version der PPR und bemisst den Personalbedarf auf Basis von vier unterschiedlichen Parametern: einem Grundwert für Leistungen des Pflegedienstes ohne unmittelbaren Patientenbezug (33 Minuten pro Patient*in und Tag), einem Fallwert von einmalig 75 Minuten pro Patient*in je Aufenthalt, einer täglichen Einstufung der Patient*innen in 4 Leistungsstufen der allgemeinen und 4 Leistungsstufen der speziellen Pflege. Auf Basis der dabei ermittelten Werte lässt sich ein individueller Pflegepersonalbedarf und durch Addition der Werte aller Patient*innen ein Gesamtpersonalbedarf berechnen. Explizite Angaben zu Aufwendungen der Pflege als Interaktionsarbeit finden sich in diesem Ansatz nicht.

3.2.2. Die Rolle von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

Komplexere Aspekte von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung wurden in den empirischen Erhebungen im Rahmen der Entwicklung des PeBeM-Algorithmus nicht systematisch berücksichtigt. Innerhalb des Tätigkeitskataloges, der als Grundlage zu den empirischen Erhebungen fungierte, wurden jedoch Handhygiene und rückenfreundliches Heben und Tragen berücksichtigt. Gesundheitsförderung, als organisationsabhängiges Konstrukt, jedoch nicht. Diese Lücke soll im Rahmen eines Folgeprojektes geschlossen werden, die Bewilligung steht zum Zeitpunkt dieser Berichtslegung noch aus.

Tätigkeiten, die nicht die direkte Versorgung von Hilfeempfänger*innen betreffen: wie Rüstzeiten, Dokumentation, Teambesprechungen/Reflexion und Weiterbildungen, wurden teils über Soll-Werte im Bereich „sonstige fachliche Leistungen“ erhoben und fließen dementsprechend in die Berechnungsgrundlage des Algorithmus mit ein. Grundsätzlich wurden diese Zeiten im Rahmen der empirischen Erhebungen ausschließlich erhoben, wenn sie in den Begutachtungszeitraum gefallen sind.

Innerhalb der PPR 2.0 werden die Themen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung ebenso nicht explizit einbezogen. Über die Berücksichtigung sicherer, qualitätsorientierter Pflegezeiten wird mittelbar eine gesunde Pflege für alle Beteiligten angestrebt. Diese Werte werden in dem PPR 2.0-Modell größtenteils über die Grundwerte abgebildet, in denen gute Pflege mit einer normativen Setzung realisiert wurde, im Sinne von „Wie viel Zeit ist für eine sichere, gute und damit auch gesunde bspw. Isolation angemessen?“ Rüstzeiten, Dokumentation, Teambesprechungen und planmäßige Weiterbildungen sind in den Werten enthalten.

Die Relevanz der Themen „Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“ wurden von allen Interviewpartner*innen als hoch eingeschätzt.

3.2.3. Berufsethische Aspekte und Autonomie im pflegerischen Handeln

Berufsethische Aspekte wurden in den Soll-Werten berücksichtigt, die im Rahmen der empirischen Datenerhebung zur Entwicklung des Algorithmus zugrunde gelegt wurden. Die Datensammler*innen wurden vor Beginn der Erhebungen im Rahmen

einer Schulung zum Thema Interaktionsarbeit für den Ethos fürsorglicher Praxis (Senghaas-Knobloch 2008) sensibilisiert. Eine ausdrückliche Thematisierung oder Berücksichtigung von Werten für berufsethische Aspekte fand nicht statt. Entsprechend sind berufsethische Aspekte nicht systematisch im Rahmen des PeBeM-Algorithmus berücksichtigt.

Die Entwicklung und Überarbeitung der PPR und PPR 2.0 ist aus dem Antrieb entstanden, dass Pflegekräfte entlastet werden und damit ihrem berufsethischen Anspruch gerecht werden können. Mit den gesetzten Werten wurden normative Entscheidungen getroffen, die durchaus einen berufsethischen Ursprung haben. Weiterhin soll die PPR 2.0 als lebendiges Instrument in den organisationalen Alltag eingebunden werden, das stets angepasst werden kann. Die stetige Anpassung ist wichtig, um den sich wandelnden Arbeitsanforderungen gerecht zu bleiben.

Fragen der Autonomie des pflegerischen Handelns wurde teilweise im Bereich der Reflexion und der kollegialen Beratung berücksichtigt. In den Personalbemessungsverfahren wurden diese Anforderungen bei beiden Instrumenten nicht berücksichtigt.

*3.2.4. Gesamteinschätzung Expert*innen-Interviews*

Die Expert*innen-Interviews haben verdeutlicht, dass Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung eine hohe Relevanz in der Bemessung und dem Einsatz von Personal in der Pflege haben. Weiterhin zeigen die Ergebnisse auch, welche Herausforderungen sich für eine Operationalisierung und stringente Berechnung dieser Themenkomplexe ergeben.

Betrieblicher Arbeitsschutz, der Mitarbeiter*innen in der Regel eher als schutzbedürftige Wesen betrachtet (Ulich & Wülser 2009), findet in Deutschland größtenteils über gesetzliche Regelungen Anwendung in den Organisationen.

Bei Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Mitarbeiter*innen, die das Schaffen und Erhalten von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen und Kompetenzen umfasst, ist diese klare Regulierung nicht gegeben (vgl. ebenda) und es bleibt vorrangig den Organisationen überlassen, ob, in welcher Form oder in welchem Ausmaß sie stattfinden.

Grundsätzlich gilt jedoch für beide Themenkomplexe, dass sie nicht mit zur eigentlichen Leistungserbringung gezählt und daher eher im Bereich der indirekten Leistungen verortet werden. Eine tätigkeitsspezifische Betrachtung verliert jedoch aus den Augen, dass die Berufsmotivation und die Arbeitszufriedenheit bei Pflegekräften häufig mit dem Wunsch nach einer personennahen Interaktionsbeziehung verbunden ist. Wenn diese Interaktion durch schlechte Bedingungen belastet wird, wirkt sich das unmittelbar auf die Leistungsfähigkeit und Bindung zum Beruf aus. Daraus entsteht wiederum eine höhere Fluktuation und ein Teufelskreis, über den sich die aktuell zu beobachtenden Probleme in der Pflege vermutlich verstärken werden.

ZWISCHENERGEBNISSE II (Expert*innen-Interviews)

1. Die Relevanz von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Pflege wurde von allen Expert*innen hervorgehoben.
2. Aspekte von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Pflege werden organisational nicht dem engeren Bereich der Leistungserbringung zugerechnet, sondern eher im Bereich der indirekten Leistungen verortet.
3. Komplexere Aspekte von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung werden in den aktuellen Personalbemessungsverfahren der Pflege bislang nicht berücksichtigt.
4. Komplexere Aspekte von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung lassen sich nicht vollständig operationalisieren und in quantifizierte Verfahren der Personalbemessung integrieren („Beyond Numbers“, vgl. Abschnitt 3.3.).
5. Berufsethische Aspekte und Fragen der Autonomie des pflegerischen Handelns werden in den aktuellen Personalbemessungsverfahren der Pflege bislang nicht berücksichtigt.
6. Die geschätzten Aufwendungen für Pflege als Interaktionsarbeit (ca. 5-10% des Gesamtzeitaufwandes der Pflege) werden in den aktuellen Personalbemessungsverfahren der Pflege bislang nicht explizit berücksichtigt.

3.3. Ergebnisse Fokusgruppe

Im Vorfeld der Fokusgruppendifkussion wurde aus Erkenntnissen der Reviews und der Expert*inneninterviews ein Zwischenfazit gezogen, das unter der Überschrift „Beyond Numbers“ zusammengefasst wurde. Hinter dieser Überschrift verbirgt sich die Einschätzung, dass es hinsichtlich der Berücksichtigung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Verfahren der Personalbemessung in der Pflege nicht allein um die Frage eines Faktors geht, der in bestehende Berechnungsformeln integriert wird, auch wenn dies zweifellos möglich wäre. Stattdessen bedarf es zunächst der Einsicht, dass die Themen Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Moral Distress relevant für die Personalbemessung sind und aus wissenschaftlicher Perspektive die Grundlage für ein gesundes und zukunftsgerichtetes Arbeiten in der Pflege bilden. Diese Erkenntnis ist keineswegs neu, sondern wird auch in pflegefremden Branchen diskutiert und zur Orientierung in Bezug auf das Personalmanagement verwendet. Beispielhaft dafür ist das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ (Ilmarinen & Tempel 2002), in dem zur Arbeitsfähigkeit die funktionelle Kapazität im Sinne der Gesundheit, aber auch Kompetenz in Form von Kenntnissen und Fähigkeiten, Werte in Form von Einstellungen und Motivation sowie vielfältige Aspekte der eigentlichen Arbeit in Form von Arbeitsumgebung, inhaltlichen Anforderungen, Gemeinschaft und Organisation sowie Management und Führung gehören.

Vor dem Hintergrund dieser erweiterten Perspektive gibt es viele Ansätze, wie Arbeitsfähigkeit durch eine kontinuierliche Integration von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung lebenslang erhalten bleiben kann. Daher sollten zukünftige Überlegungen weniger darauf ausgerichtet sein, neue Konzepte zu erarbeiten, sondern

die Anwendung und Umsetzung bekannter Ansätze befördern und ihre Auswirkungen auf eine gesundheitsorientierte Personalbemessung in der Pflege untersuchen. Die Perspektive, über reine Zahlen hinauszudenken („Beyond Numbers“), schließt klare Empfehlungen aus bestehenden Instrumenten ausdrücklich ein, da es nicht primär um eine Instrumenten-Debatte geht, sondern vielmehr darum, dass diese die Erhaltung und Förderung von Gesundheit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes oder andere fachliche Konzepte unterstützen.

3.3.1. Diskussionsergebnis „Rückmeldung zum Erkenntnisstand“

Das Zwischenergebnisse der Projektarbeiten wurde im Rahmen der Fokusgruppe vorgestellt (vgl. Präsentation Anhang B) und diskutiert. Dabei zeigte sich eine weitgehende Zustimmung und Bestätigung der Erkenntnisse aus den Vorarbeiten (Expert*innen-Interviews und Literaturstudien). Es wurde berichtet, dass die Führungskräfte in den unterschiedlichen Settings, die eher die mittlere Ebene in den Organisationen repräsentieren, häufig nicht an den Kostenverhandlungen teilnehmen und daher wichtige Einschätzungen aus der konkreten Versorgungsebene keinen Einzug in die Kostenabwägungen erhalten. Weiterhin wurde betont, dass die Einschätzung „Jede Hand hilft“ kurzsichtig sei und die versorgungspraktische Bedeutung von Personalressourcen in der Pflege wesentlich vom Qualifikationsniveau und der Qualität der organisationalen Einarbeitung abhängen.

Die Rückmeldungen aus der Fokusgruppe betonen die Relevanz der Unterscheidung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung und verweisen darauf, dass der hochregulierte Bereich des Arbeitsschutzes einer anderen Systematik folge und andere Anreiz- und Sanktionsmöglichkeiten bereithalte, als der Bereich der Gesundheitsförderung. Gleichwohl wurde berichtet, dass organisationale Bedingungen sowie Qualifikations- und Sensibilisierungsdefizite dazu führen, dass auch Arbeitsschutzvorschriften (bspw. die Händedesinfektion) vernachlässigt werden. Sporadische Besuche von Aufsichtsbehörden können demnach diese Defizite nicht nachhaltig lösen, sondern es müssen Ressourcen und Qualifikation bspw. im Bereich der Selbstsorge aufgebaut und nachhaltig in den Arbeitsalltag transferiert werden. Hier ergeben sich auch relevante Synergien in Bezug auf Gesundheitsförderung in der Pflege.

Um volatile Bedarfe in der Versorgung sowie Krankenstände abzufedern, wurde sowohl die Forderung nach der Refinanzierung von Vorhaltepersonal als auch die Freistellung von Leitungen und stellvertretenden Leitungen formuliert.

3.3.2. Diskussionsergebnis „Impulse für eine gesunde Arbeit von Morgen im Rahmen von Personalbemessung“

Die Diskussionsrunde wurde für die Ermittlung von spezifischen Lösungsimpulsen aufgeteilt in a) eine Expert*innengruppe zum Thema langzeitstationäre Versorgung und b) eine Expert*innengruppe zum Thema akutstationäre Versorgung. Die Diskussionsergebnisse wurden systematisiert über „Ergebnis-Ebene“, „Prozess-Ebene“, „Struktur-Ebene“ und „Weitere Impulse“.

Diskussionsergebnisse Ergebnis-Ebene

- Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung sollten in die strategischen Zielsetzungen der Einrichtungen integriert werden.
- Kennzahlen und Zufriedenheitsbefragungen bei Mitarbeiter*innen sollten als Richtwerte für organisationale Entscheidungen herangezogen werden.
- Hilfsmittel für eine gesunde Arbeitsgestaltung sollten bereitgestellt werden.
- Klient*innen und Mitarbeiter*innen sollten hinsichtlich einer verstärkten Achtsamkeit für eine sicher und gesunde Arbeit sensibilisiert werden.

Diskussionsergebnisse Prozess-Ebene

- Pflege- und Versorgungsprozesse sollten pflegeorientiert und beziehungsorientiert gestaltet werden.
- Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung sollten als systematischer Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege stärker Berücksichtigung finden.
- Es sollten vermehrt Unterstützungsangebote für Einrichtungen und insbesondere für Führungskräfte zur Umsetzung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung entwickelt und bereitgestellt werden.

Diskussionsergebnisse Struktur-Ebene

- Organisationsstrukturen sollten verstärkt an die Anforderungen von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung angepasst werden.
- Führungs- und Leistungskräften sollten für diese Aufgaben freigestellt werden.
- Einrichtungen der Pflege sollten demografiesensible Mitarbeiter*innenkonzepte sowie Verfahren der Verhaltens- und Verhältnisprävention vorhalten und umsetzen.

Darüber hinaus wurde angeregt: Assistenz-Mitarbeiter*innen stärker zu qualifizieren und für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu motivieren, Möglichkeiten zur Refinanzierung von Hilfsmitteln im Bereich Arbeitsschutz zu schaffen, eine klare Definition und Abgrenzung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung vorzunehmen sowie Anreize jenseits des Ordnungsrechts für mehr Personal zu entwickeln, beispielsweise über die Einführung von Grundwerten für nicht sichtbare Aspekte der Dienstleistungsarbeit.

ZWISCHENERGEBNISSE III (Fokusgruppen-Interviews)

1. Die versorgungspraktische Bedeutung von Personalressourcen in der Pflege hängt wesentlich vom Qualifikationsniveau und der Qualität der organisationalen Einarbeitung ab.
2. Regulative Vorgaben des Arbeitsschutzes in der Pflege sind organisational und über-organisational über die zur Verfügung stehenden Anreiz- und Sanktionsmöglichkeiten stringenter durchzusetzen.
3. Aspekte von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Pflege sind auf den Ebenen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu voranzutreiben.

4. Aspekte von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Pflege sind über die Verbesserung personaler Kompetenzen (Befähigung zur Selbstsorge) zu unterstützen.
5. Initiativen zur Beförderung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Pflege sollten weniger darauf ausgerichtet sein, neue Konzepte zu erarbeiten, sondern vielmehr die Umsetzung bekannter Ansätze befördern und ihre Auswirkungen auf eine gesundheitsorientierte Personalbemessung in der Pflege untersuchen.

3.4. Ergebnisse der Machbarkeitsstudie

Die Ergebnisse Untersuchung zeigen, dass eine systematische Integration von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Instrumentarien der Personalbemessung in der Pflege maßgeblich für die Sicherstellung von gesunder Pflegearbeit ist und als wichtige Voraussetzung dafür gelten muss, dass die aktuellen Herausforderungen rund um den Fachkräftemangel und die schwindende Bereitschaft von Fachpersonal, unter den gegebenen Arbeitsbedingungen zu arbeiten, nachhaltig bewältigt werden können. Die Expert*innen in den Interviews und der Fokusgruppe haben sich einstimmig für eine Erweiterung der Verfahren zur Personalbemessung um Aspekte von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung ausgesprochen. Besonders deutlich wurde, dass Maßnahmen zur Sicherstellung einer gesunden Ausübung der Pflegearbeit nicht als organisationales und/oder individuelles „Add on“ zu betrachten sind. Eine gesunde Ausübung der Berufstätigkeit im Sinne der Befähigung und Ermöglichung zur Selbstsorge auf Seiten der Mitarbeiter*innen ist demnach Voraussetzung für eine gelungene Gesundheit- und Sorgearbeit in Bezug auf die Hilfeempfänger*innen. Gesunde Arbeitsgestaltung ist eine Prämisse von nachhaltigen Arbeitsverhältnissen in der Pflege. Ohne gesundes Pflegepersonal bleibt Pflege als Erwerbsarbeit nicht leistungsfähig und die zukünftig erhöhte Nachfrage nach Versorgungsleistungen nicht zu bewältigen.

Es konnten zahlreiche potenzielle Anschlussstellen zur Integration von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Instrumentarien der Personalbemessung für die Pflege identifiziert werden. Die Ergebnisse der GePAG-Studien weisen darauf hin, dass es sinnvoll ist, die bisherigen Arbeiten zur Entwicklung der PPR 2.0 und des PeBeM-Algorithmus als Ausgangslage für weitere Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zur Integration von quantifizierbaren Aspekten des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung in diese Instrumentarien zu nutzen. Neben den über regulatorische Vorgaben abgesicherten Ansätzen von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Pflege und den quantifizierenden Ansätzen der Personalbemessung für die Pflege, ist aber dringlich zu empfehlen, institutionelle Ressourcen zur proaktiven Förderung von Gesundheit sowie zur Befähigung und Ermöglichung von gesunder Pflegearbeit systematisch zu berücksichtigen und vorzuhalten, die über quantifizierende Verfahren kaum differenziert abzubilden sind („Beyond Numbers“). Dazu gehören etwa Ressourcen im Umfeld von Pflege als

Interaktionsarbeit und Moral Distress in der Pflege. Zur methodisch begründeten Konkretion in Kontexten der Personalbemessung ist weitere Forschung notwendig.

Die Erkenntnisse der GePAG-Studien verweisen schließlich darauf, dass zur weiteren Bearbeitung der Thematik vorliegende wissenschaftliche Befunde zu gesunder Arbeitsgestaltung und Führung in Modellprojekte überführt und methodisch solide begleitet und evaluiert werden sollten. In diesem Zusammenhang sollten konkrete Anwendungsszenarien für eine gesunde Pflegearbeit entwickelt und mit Blick auf Folgerungen für die Personalbemessung in der Pflege evaluiert werden. Auf dieser Basis sind dann allgemeine Empfehlung zur bundesweiten Umsetzung zu formulieren, die einerseits institutionelle Orientierung erlauben und andererseits an die konkreten Organisationsidentitäten (Kultur, Struktur und Strategie von Organisationen) adaptiert werden können.

ZENTRALE ERGEBNISSE der GePAG-Studien

1. Die Ergebnisse der GePAG-Studien zeigen, dass eine systematische Integration von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Instrumentarien der Personalbemessung in der Pflege maßgeblich für die Sicherstellung von gesunder Pflegearbeit ist.
2. Die Ergebnisse der GePAG-Studien verweisen auf Möglichkeiten, die bisherigen Arbeiten zur Entwicklung der PPR 2.0 und des PeBeM-Algorithmus als Ausgangspunkt für weitere empirische Forschungen und Entwicklungen zur Integration von quantifizierbaren Aspekten des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung zu nutzen.
3. Die Ergebnisse der GePAG-Studien zeigen die Notwendigkeit auf, institutionelle Ressourcen zur proaktiven Förderung von Gesundheit sowie zur Befähigung und Ermöglichung von gesunder Pflegearbeit systematisch zu berücksichtigen und vorzuhalten, die über quantifizierende Verfahren kaum differenziert abzubilden sind („Beyond Numbers“). Dazu gehören etwa Ressourcen im Umfeld von Pflege als Interaktionsarbeit und Moral Distress in der Pflege. Zur methodisch begründeten Konkretion in Kontexten der Personalbemessung ist weitere Forschung notwendig.
4. Die Ergebnisse der GePAG-Studien legen nahe, auf der Basis des derzeitigen Forschungsstandes Modellprojekte zur gesunden Pflegearbeit einzurichten. Diese sind methodisch solide zu begleiten und zu evaluieren, um Folgerungen für die Personalbemessung in der Pflege abzuleiten. Auf dieser Basis sind dann allgemeine Empfehlung zur bundesweiten Umsetzung zu formulieren, die einerseits institutionelle Orientierung erlauben und andererseits an die konkreten Organisationsidentitäten (Kultur, Struktur und Strategie von Organisationen) adaptiert werden können.

5. Ausblick und Empfehlungen

Die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie zeigen, dass der Schutz der Gesundheit im Arbeitskontext Pflege konstitutiv sein muss. Im Hinblick auf die Personalbemessung bedeutet die Anforderung einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung nicht nur die Berücksichtigung konkreter Tätigkeiten, sondern insbesondere auch komplexer Handlungsvollzüge im Umfeld der interaktiven, ethischen und organisationalen Aspekte der pflegerischen Arbeit - im Sinne von „**Beyond Numbers**“.

Aktivitäten zur nachhaltigen Sicherstellung einer gesunden Pflegearbeit sollten alle Pflegesektoren (akutstationäre, langzeitstationäre und ambulante Pflege) umfassen. Die jüngsten Bemühungen zur Entwicklung von Instrumenten zur Personalbemessung in der Pflege berücksichtigen den Sektor der ambulanten Pflege bislang nur unzureichend. Es ist darauf hinzuwirken, dass auch für dieses Handlungsfeld angemessene Instrumentarien entwickelt und erprobt werden.

Zur Umsetzung der Studienerkenntnisse bedarf es koordinierter Entscheidungen und Handlungen auf den folgenden drei Ebenen:

- auf der Ebene der **(pflegerischen) Versorgungspraxis**
- auf der Ebene der **(Pflege-)Politik** und
- auf der Ebene der **wissenschaftlichen Bearbeitung**

Mit Blick auf die **(pflegerische) Versorgungspraxis** wird empfohlen, organisationale und personale Bezüge der Personalbemessung um Aspekte der gesunden und ethisch angemessenen Pflegearbeit anzureichern. Ein Ausbau des Personal-Mix in der Pflege sollte systematische Mehrbelastungen (z. B. durch fachliche und organisationale Einarbeitung, Steuerung, Begleitung) auch unter Gesichtspunkten begrenzt quantifizierbarer Aspekte der gesunden Pflegearbeit („Beyond Numbers“) berücksichtigen. Fachkräfte in der Pflege sind für ihre Aufgaben im Bereich der Struktur- und Prozessentwicklung in Kontexten der Personalentwicklung angemessen zu qualifizieren und vorzubereiten. Ihre Erfahrungen sollten bei der Entwicklung von organisationsspezifischen Prozessmodellen für eine gesunde Pflegearbeit im Pflege-Mix angemessen berücksichtigt werden. Auch das Führungspersonal in der Pflege (insbesondere mittleres Management) sollte in Bezug auf Herausforderungen des Wechselverhältnisses von Personalbemessung, gesunder Arbeit und ethischen Herausforderungen in der Pflege angemessen qualifiziert werden. Dabei sollten Erfahrungen aus positiv evaluierten Ansätzen der Leitungsqualifizierung in weiteren Kontexten der personenbezogenen Dienstleistung sowie partizipative Ansätze der Mitarbeiter*inneneinbindung besondere Berücksichtigung finden. Weiterhin wird die Einrichtung von „Reflexionsräumen“ für die Pflege empfohlen, die Auseinandersetzungen mit institutionsspezifischen Ansätzen der gesunden Pflegearbeit unter Berücksichtigung innovativer Dynamiken (z. B. Pflegemix-Strukturen, Arbeitsprozessentwicklung, Technologieeinsatz u. a. m.) organisational ermöglichen.

Der **Pflegepolitik** wird empfohlen, die erweiterten (begrenzt quantifizierbaren) Herausforderungen der Pflegearbeit sowie der Gesundheitsförderung und Prävention in der Weiterentwicklung der Pflege stärker zu berücksichtigen („Beyond Numbers“). Dazu wird empfohlen, berufs- und verbandpolitische Interessenvertretungen der Pflege systematisch in die konzeptionelle Weiterentwicklung von Ansätzen der Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz in der Pflege einzubinden. Weiterhin wird empfohlen, ein regelhaftes Monitoring „Gesundheit in der Pflege“ für Deutschland einzurichten und nachhaltig zu etablieren. Best Practice-Lösungen für ein gesundes Arbeiten in der Pflege sollten systematisch identifiziert, kommuniziert und angemessen in die Breite der Versorgungslandschaft überführt werden. Die Entwicklung, Erprobung und systematische Evaluation weiterer innovativer Ansätze für ein gesundes Arbeiten in der Pflege ist systematisch zu fördern. Konkret sollte die Refinanzierung von „Reflexionsräumen“ für die Pflege gesichert werden. Zur Entwicklung von Instrumentarien zur Personalbemessung in der ambulanten Pflege sollte weitere Grundlagenforschung gefördert werden.

Schließlich werden **Empfehlungen für die Forschung** ausgesprochen: Über die GePAG-Machbarkeitsstudie konnte gezeigt werden, dass quantifizierbare Aspekte des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung in die jüngst entwickelten Ansätze zur Personalbemessung in der Pflege (PPR 2.0 und PeBeM-Algorithmus) integriert werden können. Die Berücksichtigung von nicht- oder begrenzt quantifizierbaren Aspekten von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Pflege stellt dagegen eine Herausforderung für die interdisziplinäre(!) Forschung dar, die auch für erweiterte Kontexte der personenbezogenen Dienstleistung dringlich zu bearbeiten ist. Die jüngsten Bemühungen zur Entwicklung von Instrumentarien zur Personalbemessung in der Pflege berücksichtigen den Sektor der ambulanten Pflege bislang kaum. Zur Vorbereitung entsprechender Instrumentarien ist zunächst Grundlagenforschung anzustellen, die Aspekte der gesunden Pflegearbeit unbedingt berücksichtigen sollte. Weiterhin sollten konkrete Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zur Integration von quantifizierbaren Aspekten des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung in die jüngst entwickelten Ansätze zur Personalbemessung in der Pflege (PPR 2.0 und des PeBeM-Algorithmus) angestoßen und umgesetzt werden. Bei der Weiterentwicklung dieser Instrumente sind die Besonderheiten der Pflege als komplexe Interaktionsarbeit in ethisch sensiblen Kontexten stärker zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sollte die Forschung zu nicht- oder begrenzt quantifizierbaren Aspekten von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Pflege („Beyond Numbers“) in Kontexten der Personalbemessung vorangetrieben werden. Es wird empfohlen, einen *Think Tank* zu Fragen der innovativen Bearbeitung von Herausforderungen im Wechselspiel von gesunder Pflegearbeit und Personalbemessung nachhaltig einzurichten. Dieser Expertenkreis sollte Akteure aus der Pflege, der Pflegewissenschaft, des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung in der Pflege, der Arbeitswissenschaft sowie weiterer Interessenvertretungen im Umfeld der beruflichen Pflege umfassen. Die Einrichtung von Modellprojekten könnte die Umsetzung von vorliegenden Erkenntnissen zu gesunder Pflegearbeit und Personalbemessung auch unter Berücksichtigung von Erfahrungen und Erkenntnissen aus weiteren Branchen unterstützen und eine systematische Weiterentwicklung ermöglichen.

6. Literaturverzeichnis

Albashayreh, A.; Al Sabei, S. D.; Al-Rawajfah, O. M.; Al-Awaisi, H. (2019). Healthy work environments are critical for nurse job satisfaction: implications for Oman. *INTERNATIONAL NURSING REVIEW*, 66 (3), 389–395. doi: 10.1111/inr.12529

Alilyyani, B.; Wong, C. A.; Cummings, G. (2018). Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review. *INTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING STUDIES*, 83, 34–64. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.04.001

Almutairi, A. F.; Salam, M.; Adlan, A. A.; Alturki, A. S. (2019). Prevalence of severe moral distress among healthcare providers in Saudi Arabia. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 107–115. doi: 10.2147/PRBM.S191037

Baker, J. A.; Canvin, K.; Berzins, K. (2019). The relationship between workforce characteristics and perception of quality of care in mental health: A qualitative study. *INTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING STUDIES*, 100. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103412

Berhie, A. Y.; Tezera, Z. B.; Azagew, A. W. (2020). Moral Distress and Its Associated Factors Among Nurses in Northwest Amhara Regional State Referral Hospitals, Northwest Ethiopia. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 161–167. doi: 10.2147/PRBM.S234446

Böhle, F.; Stöger, U.; Wehrich, M. (2015). Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung. *Arbeits- und Industriesoziologische Studien*, 8 (8), 37–54.

Bohnsack, R. (2017). Gruppendiskussion. In: Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 12. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag, 369–384.

Borhani, F.; Abbaszadeh, A.; Mohamadi, E.; Ghasemi, E.; Hoseinabad-Farahani, M. J. (2017). Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *NURSING ETHICS*, 24 (4), 474–482. doi: 10.1177/0969733015604700

Bosshardt, M. H.; Coyne, P. J.; Marsden, J.; Su, Z.; Melvin, C. L. (2018). Palliative Care Consultation Policy Change and Its Effect on Nurses' Moral Distress in an Academic Medical Center. *Journal of Hospice and Palliative Nursing : JHPN : the Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 20 (4), 325–329. doi: 10.1097/NJH.0000000000000456

Bundesagentur für Arbeit. (2019). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. *Blickpunkt Arbeitsmarkt Mai 2019*. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> [17.05.2019].

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua) (2014). Leitfaden für die Erarbeitung von Scoping Reviews. Projektteam "Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt". https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeit-und-Gesundheit/Psychische-Gesundheit/Projekt-Psychische-Gesundheit-in-der-Arbeitswelt/pdf/Leitfaden-Scoping-Reviews.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [17.12.2020].
- Cho, H.; Han, K. (2018). Associations Among Nursing Work Environment and Health-Promoting Behaviors of Nurses and Nursing Performance Quality: A Multilevel Modeling Approach. *JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP*, 50 (4), 403–410. doi: 10.1111/jnu.12390
- Colville, G. A.; Dawson, D.; Rabinthiran, S.; Chaudry-Daley, Z.; Perkins-Porras, L. (2019). A survey of moral distress in staff working in intensive care in the UK. *Journal of the Intensive Care Society*, 20 (3), 196–203. doi: 10.1177/1751143718787753
- Cramer, E.; Hunter, B. (2019). Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *WOMEN AND BIRTH*, 32 (6), 521–532. doi: 10.1016/j.wombi.2018.11.010
- Elm, E. von; Schreiber, G.; Haupt, C. C. (2019). Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1–7. doi: 10.1016/j.zefq.2019.05.004
- Fleischer, S. (2020). Pre-Test einer modernisierten Pflegepersonal Regelung für Erwachsene. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.o._PPR_2.o/Abschlussbericht_DKG_Pre-Test_PPR2.o_final.pdf [10.02.2020].
- Furunes, T.; Kaltveit, A.; Akerjordet, K. (2018). Health-promoting leadership: A qualitative study from experienced nurses' perspective. *JOURNAL OF CLINICAL NURSING*, 27 (23-24), 4290–4301. doi: 10.1111/jocn.14621
- Ganz, F. D.; Wagner, N.; Toren, O. (2015). Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. *NURSING ETHICS*, 22 (1), 43–51. doi: 10.1177/0969733013515490
- Helfferrich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, 559–574.
- Hiler, C. A.; Hickman, R. L., JR; Reimer, A. P.; Wilson, K. (2018). Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses. *American Journal of Critical Care : an Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 27 (1), 59–66. doi: 10.4037/ajcc2018968
- Humphries, A.; Woods, M. (2015). A study of nurses' ethical climate perceptions: Compromising in an uncompromising environment. *NURSING ETHICS*, 23 (3), 265–276. doi: 10.1177/0969733014564101

Ilmarinen, J.; Tempel, J.; Giesert, M. (Hrsg.). (2002). *Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* Hamburg: VSA-Verl.

Josefsson, K. A.; Avby, G.; Back, M. A.; Kjellstrom, S. (2018). Workers' experiences of healthy work environment indicators at well-functioning primary care units in Sweden: a qualitative study. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE*, 36 (4), 406–414. doi: 10.1080/02813432.2018.1523987

Jung, H. (2017). *Personalwirtschaft*. 10., aktualisierte Auflage. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.

Kaiser, R. (2014). *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer VS.

Krings, T. (2018). *Personalwirtschaft. Grundlagen betrieblicher Personalarbeit*. Wiesbaden: Springer Gabler.

Laurs, L.; Blaževičienė, A.; Capezuti, E.; Milonas, D. (2020). Moral Distress and Intention to Leave the Profession: Lithuanian Nurses in Municipal Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 52 (2), 201–209. doi: 10.1111/jnu.12536

Liu, X.; Zheng, J.; Liu, K.; Baggs, J. G.; Liu, J.; Wu, Y. et al. (2018). Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *INTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING STUDIES*, 86, 82–89. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Mohr, D. C.; Schult, T.; Eaton, J. L.; Awosika, E.; McPhaul, K. M. (2016). Integrated Employee Occupational Health and Organizational-Level Registered Nurse Outcomes. *JOURNAL OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE*, 58 (5), 466–470. doi: 10.1097/JOM.0000000000000696

Olley, R.; Edwards, I.; Avery, M.; Cooper, H. (2019). Systematic review of the evidence related to mandated nurse staffing ratios in acute hospitals. *AUSTRALIAN HEALTH REVIEW*, 43 (3), 288–293. doi: 10.1071/AH16252

Pergert, P.; Bartholdson, C.; Blomgren, K.; Sandeberg, M. af (2019). Moral distress in paediatric oncology: Contributing factors and group differences. *NURSING ETHICS*, 26 (7/8), 2351–2363. doi: 10.1177/0969733018809806

Peters, M. D.; Godfrey, C.; McInerney Patricia; Munn, Z.; Tricco, A. C.; Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris, E.; Munn, Z. (Hrsg.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12> [10.02.2021].

Rainbow, J. G. (2019). Presenteeism: Nurse perceptions and consequences. *JOURNAL OF NURSING MANAGEMENT*, 27 (7), 1530–1537. doi: 10.1111/jonm.12839

- Rajabi, F.; Jahangiri, M.; Molaeifar, H.; Honarbakhsh, M.; Farhadi, P. (2018). Occupational stress among nurses and pre-hospital emergency staff: Application of Fuzzy Analytic Hierarchy Process (FAHP) method. *EXCLI JOURNAL*, 17, 808–824. doi: 10.17179/excli2018-1505
- Rothgang, H. (2018). Einheitliche Bemessung. Personalbedarf in Pflegeeinrichtungen. *Ersatzkasse Magazin*, (3./4.), 27–29.
- Rothgang, H.; Görres, S.; Darmann-Fing, I.; Wolf-Ostermann, K.; Becke, G.; Brannrath, W. (2020a). Abschlussbericht im Projekt: Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Bremen: SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. https://www.gs-qs-a-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf [10.02.2021].
- Rothgang, H.; Müller, R.; Preuß, B. (2020b). *BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 26). Berlin: BARMER. <https://www.barmer.de/blob/270028/6b0313d72f48b2bf136d92113ee56374/data/barmer-pflegereport-2020-komplett.pdf> [10.02.2021].
- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012). Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf [10.02.2021].
- Samur, M.; Intepeler, S. S. (2017). Factors influencing nurses' perceptions of occupational safety. *ARCHIVES OF ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH*, 72 (1), 45–52. doi: 10.1080/19338244.2016.1156045
- Schulz, M. (2012). Quick and easy!?! Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In: Schulz, M.; Mack, B.; Renn, O. (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung*. Wiesbaden: Springer VS, 9–22.
- Senghaas-Knobloch, E. (2008). Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. *Berliner Journal für Soziologie*, 18 (2), 221–243. doi: 10.1007/s11609-008-0016-5
- Spenceley, S.; Caspar, S.; Pijl, E. (2019). Mitigating Moral Distress in Dementia Care: Implications for Leaders in the Residential Care Sector. *World Health & Population*, 18 (1), 47–60. doi: 10.12927/whp.2019.26059
- Sturm, H.; Rieger, M. A.; Martus, P.; Ueding, E.; Wagner, A.; Holderried, M. et al. (2019). Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PLOS ONE*, 14 (1). doi: 10.1371/journal.pone.0209487

Trotochaud, K.; Coleman, J. R.; Krawiecki, N.; McCracken, C. (2015). Moral Distress in Pediatric Healthcare Providers. *Journal of Pediatric Nursing*, 30 (6), 908–914. doi: 10.1016/j.pedn.2015.03.001

Ulich, E.; Wülser Marc. (2009). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Gabler / GWV Fachverlage GmbH.

Vaziri, M. H.; Merghati-Khoei, E.; Tabatabaei, S. (2015). Moral Distress among Iranian Nurses. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10 (1), 32–36.

Wachholz, A.; Dalmolin, G. d. L.; Silva, A. M. d.; Andolhe, R.; Barlem, E. L. D.; Cogo, S. B. (2019). Moral distress and work satisfaction: what is their relation in nursing work? *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 53, e03510. doi: 10.1590/S1980-220X2018024303510

Whitehead, P. B.; Herbertson, R. K.; Hamric, A. B.; Epstein, E. G.; Fisher, J. M. (2015). Moral Distress Among Healthcare Professionals: Report of an Institution-Wide Survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 47 (2), 117–125. doi: 10.1111/jnu.12115

Wolf, L. A.; Perhats, C.; Delao, A. M.; Clark, P. R.; Moon, M. D. (2017). On the Threshold of Safety: A Qualitative Exploration of Nurses' Perceptions of Factors Involved in Safe Staffing Levels in Emergency Departments. *JOURNAL of EMERGENCY NURSING*, 43 (2), 150–157. doi: 10.1016/j.jen.2016.09.003

Woods, M. (2020). Moral distress revisited: the viewpoints and responses of nurses. *International nursing review*, 67 (1), 68–75. doi: 10.1111/inr.12545

Woods, M.; Rodgers, V.; Towers, A.; La Grow, S. (2015). Researching moral distress among New Zealand nurses: A national survey. *NURSING ETHICS*, 22 (1), 117–130. doi: 10.1177/0969733014542679

7. Anhang

Anhang A: Methodik der Scoping Reviews

Scoping-Review-Nr. 1: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung bei personenbezogenen Dienstleistungen im Rahmen von Personalbemessung

Die Literaturrecherche erfolgte im April 2020 anhand der Schlüsselbegriffe der Themenbereiche „(Pflege)Organisationen“, „personenbezogene Dienstleistungen“, „Personalbemessung“ und „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ in den Datenbanken Business Source Complete, CareLit, CINAHL, Cochrane - Arbeitsgruppe „work“, EconLit, GeroLit, Medline, PubMed, PSYNDEX, Web of Science und WISO. Die Suchwörter wurden innerhalb der Themenblöcke mit dem Boole'schen Operator OR und die Themenblöcke unter sich mit AND verknüpft. Eingeschlossen wurden Veröffentlichungen ab 2015 in deutscher und englischer Sprache, die einen Bezug zu Personalbemessung, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung aufweisen und als Setting die akut-/vollstationäre, sowie ambulante Pflege und Bildungseinrichtungen benennen. Die Literaturrecherche ergab 1002 Treffer (vgl. Flowchart Abb. 2).

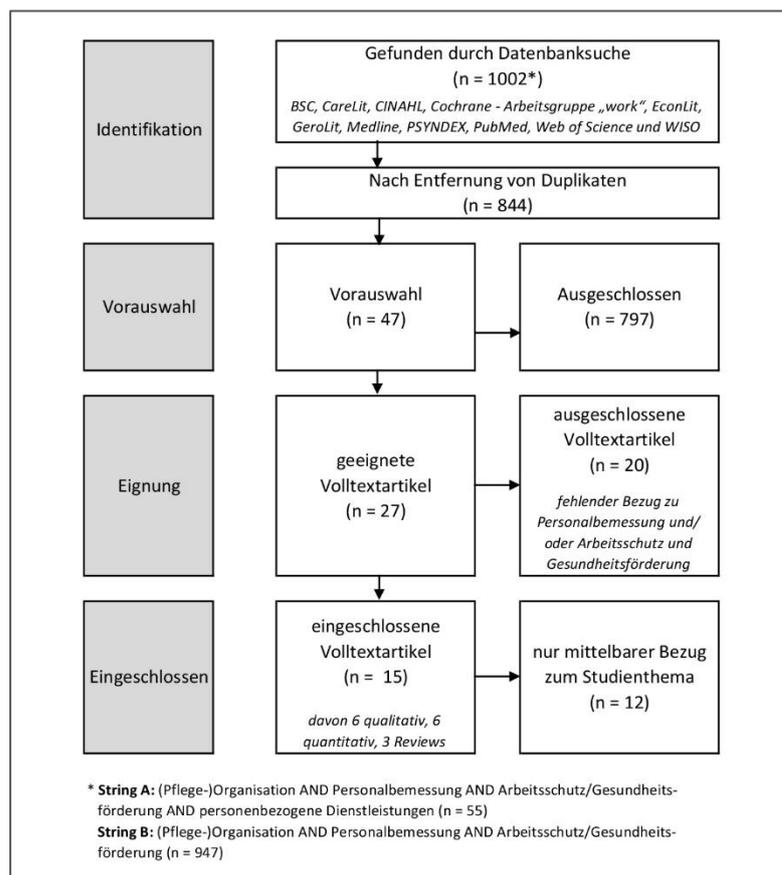


Abbildung 2, Flowchart Suchstrategie GePAG-Scoping-Review-Nr. 1.

Die Ergebnisse der Studie werden aktuell für eine Veröffentlichung aufbereitet, die in der Zeitschrift „Pflege“ erfolgen soll.

Scoping-Review-Nr. 2: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung sowie Moral Distress im Rahmen von Personalbemessung

Die Literaturrecherche erfolgte Ende Mai/Anfang Juni 2020 in den Datenbanken Business Source Complete, CareLit, CINAHL, Cochrane Library, EconLit, GeroLit, PubMed, PSYINDEX, Web of Science und WISO. Gesucht wurde anhand der Schlüsselwörter der Themenblöcke „Moral Distress“ und „Pflege“. Die Begriffe der Themenblöcke wurden durch den Boole'schen Operator OR kombiniert. Die Themenblöcke unter sich wurden sowohl mit AND als auch mit NOT verknüpft. Einschluss fand ab 2015 veröffentlichte, deutsch- und englischsprachige Literatur, die einen Bezug zu Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Personalbemessung aufweist. Die Literaturrecherche ergab insgesamt 1024 Treffer. (vgl. Flowchart Abb. 3).

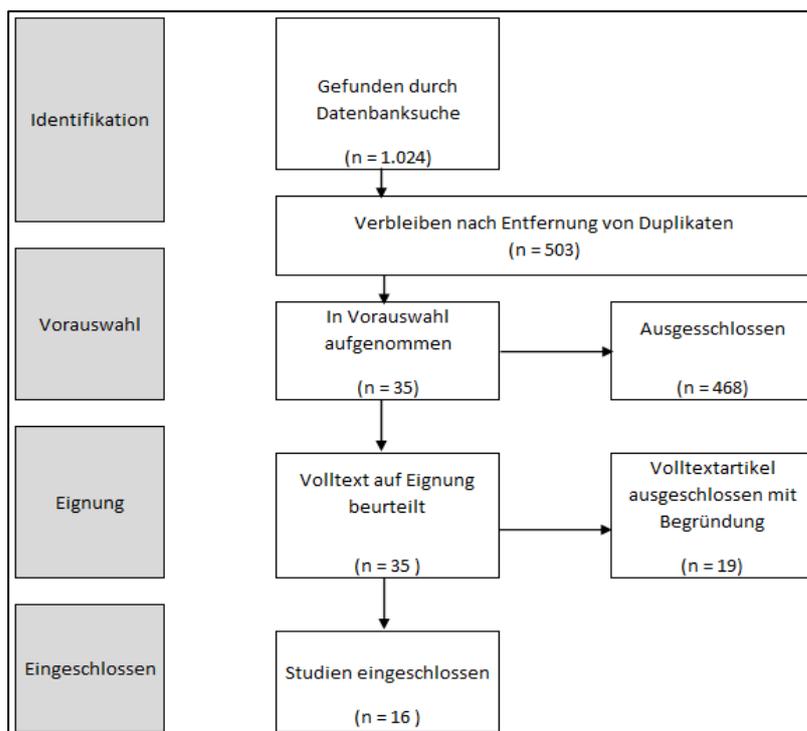


Abbildung 3, Flowchart der Suchstrategie von GePAG-Scoping-Review-Nr.2.

Die Suchwörter der Themenblöcke sind in Abbildung 4 ersichtlich. Die Verwaltung der Literatur erfolgte über Citavi Version 6. Die wesentlichen Ergebnisse wurden in Excel-Tabellen nach dem Schema der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Baua (2014) und Peters et al. (2020) zusammengetragen.

Arbeitsschutz/Gesundheitsförderung und Personalbemessung/-planung	
(Pflege)Organisation	Krankenhaus OR ambulante Pflege OR häusliche Pflege OR Altenheim OR Pflegeheim OR Nurs* OR professional care OR hospital OR home health care OR home care nursing service OR community care OR outpatient care OR nursing home OR long-term care
Personalbemessung	Personalbedarf OR Personalplanung OR Personalbemessung OR Pflegepersonalregelung (PPR) OR PPR 2.0 OR Leistungserfassung in der Pflege (LEP) OR personnel requirement OR staff requirement OR staff needs OR staffing levels OR grademix OR skillmix OR personnel planning OR workforce planning OR staffing plan OR personnel plan OR activity recording OR performance recording
Arbeits- und Gesundheitsschutz	Arbeitsschutz OR Gesundheitsförderung OR Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) OR health and safety in workplaces OR danger in workplaces OR occupation safety OR workplace safety OR workplace health management OR occupation health OR health promotion OR occupation health management
Personenbezogene Dienstleistungen	personenbezogene Dienstleistungen OR personal OR individual-related OR person-related services OR personalized services OR personalised services
Arbeitsschutz/Gesundheitsförderung und Moral Distress	
Pflege	Pflege* OR nurs* OR professional care
Moral Distress	Moral distress

Abbildung 4, Suchwörter nach Themenblöcken der Scoping Reviews 1 und 2

Anhang B: Präsentation der Zwischenergebnisse als Grundlage für die Fokusgruppe

UNIVERSITÄT OSNABRÜCK

HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fokusgruppentreffen

„Gesunde Personalbemessung: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Kontexten der systematischen Personalbemessung für die Pflege“ (GePAG)

Gefördert von  **BGW**
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

UNIVERSITÄT OSNABRÜCK

HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Übersicht über das Fokusgruppentreffen

10.00 Uhr	Willkommen und Vorstellungsrunde
10.30 Uhr	Vorstellung der Erkenntnisse zu Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im Rahmen von Personalbemessung aus Literaturstudie und Expert*inneninterviews
	Problemaufriss „Beyond numbers“: Welche Arbeitsanteile entziehen sich einer Bemessung in konkreten Zahlen? mit anschließender Diskussion
11.45 Uhr	Pause
12.15 Uhr	Vertiefte Diskussion in zwei Gruppen
13.15 Uhr	Kurzbericht aus den Gruppen
13.45 Uhr	Nächste Schritte und Abschluss

Gefördert von  **BGW**
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

Fragestellungen und Ziele

Forschungsfragen und -ziele allgemein:

- Welche Aspekte von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung sind in bisherigen Arbeiten zur Entwicklung von Verfahren zur Personalbemessung in der Pflege vorhanden?
- Welche Anschlussstellen weisen die bisherigen Arbeiten zur Entwicklung von Verfahren zur Personalbemessung in der Pflege auf, um eine Erweiterung um Aspekte von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung ggf. systematisch zu ermöglichen?
- Empfehlung bzgl. der Machbarkeit und Impulse für etwaige Erweiterungen.

Zielsetzung der Fokusgruppe:

- Diskussion der bisherigen Erkenntnisse.
- Diskussion über handlungsfeldspezifische (Zukunfts-)Herausforderungen der Weiterentwicklung von Instrumenten zur Personalausstattung in der Pflege unter Berücksichtigung von Aspekten des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung sowie der Kernherausforderungen der Pflege von morgen.

Erkenntnisse aus der Literatur

„Gesunde Personalbemessung: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Kontexten der systematischen Personalbemessung für die Pflege“ (GePAG)

Eckdaten der Literaturstudien

Erste strukturierte Literaturstudie

- Such-String: (Pflege-)Organisation AND Personalbemessung AND Arbeitsschutz/Gesundheitsförderung [AND personenbezogene Dienstleistungen]
- Einschlusskriterien u.a.:
 - Deutsch oder englisch
 - Veröffentlicht ab 2015
 - Bezug zu Arbeitsschutz- und/oder Gesundheitsförderung sowie zu Staffing und/oder Personalbemessung
- Identifizierte Artikel n= 1002; Einschluss n= 15

Zweite strukturierte Literaturstudie

- Such-String: Moral Distress AND Staffing/Personalbemessung AND Arbeitsschutz/Gesundheitsförderung AND Pflege
- Einschlusskriterien u.a.:
 - Deutsch oder englisch
 - Veröffentlicht ab 2015
 - Bezug zu Arbeitsschutz- und/oder Gesundheitsförderung sowie zu Staffing und/oder Personalbemessung
- Identifizierte Artikel n=1024; Einschluss n= 16

Erste Literaturstudie

Grundsätzlich wird ein Einfluss von Staffing auf die Gesundheit von Pflegekräften in den Studien identifiziert.

(Vgl. Sturm et al. 2019, Cramer & Hunter 2019, Cho & Kihye 2018, Samur & Intepeler 2017, Mohr et al. 2016).

Bessere Arbeitsbedingungen werden als Investition in eine bessere Versorgungsqualität erachtet, die wiederum in mehr Arbeitszufriedenheit und weniger Fluktuation münden, welche die Arbeitsgesundheit stärken.

(Vgl. Sturm et al. 2018, Liu et al. 2018, Mohr et al. 2016).

- **Staffing-Methoden**
 - Methodenarten
 - Beyond Numbers
 - Kommunikation über Staffing
- **Leadership und Steuerung**
 - Führungsstile
 - Soziale Unterstützung und Selbstfürsorge
- **Arbeitsorganisation und -gestaltung**
 - Bindung und Wissensbestände
 - Patient*innenthroughput
 - Autonomie und Beteiligung
 - Weitere Faktoren für eine gesunde Arbeitsumgebung

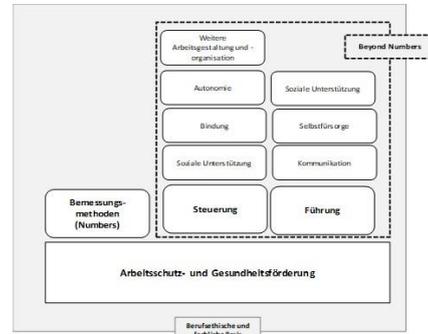
Erkenntnisse aus der ersten Literaturstudie

Mehr Personal = weniger Belastungen? – JAEIN.

- Zu wenig Personal führt ohne Einschränkungen zu einem Anstieg von Belastungen
- Mehr Personal ist nicht per se eine Belastungsreduktion
- Es kommt darauf an, dass das Personal angemessen qualifiziert, erfahren und eingearbeitet ist

Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz als Basis von Arbeit

- Eine systematische Verschränkung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in der Personalbemessung wurde in der Recherche nicht identifiziert
- Der Bedarf, dass Gesundheit der Mitarbeiter*innen die Grundvoraussetzung für ein Arbeitshandeln sein müsste, jedoch schon
- Führung, Steuerung und soziale Unterstützung sind dabei besonders wichtig



Zweite Literaturstudie

Personalmangel ist ein maßgeblicher Auslöser von Moral Distress.

(Vgl. Berhie et al., 2020; Borhani et al., 2017; Bosshardt et al., 2018; Colville et al., 2019; Ganz et al., 2015; Hilier et al., 2018; Pergert et al., 2019; Spenceley et al., 2019; Trotochaud et al., 2015; Vaziri et al., 2015; Wachholz et al., 2019; Whitehead et al., 2015; Woods et al., 2015; Woods, 2020).

Moral Distress ist ein Auslöser für Fluktuation bei Pflegekräften.

(Vgl. Almutairi et al., 2019; Borhani et al., 2017; Colville et al., 2019; Hilier et al., 2018; Laurs et al., 2020; Pergert et al., 2019; Trotochaud et al., 2015; Wachholz et al., 2019; Whitehead et al., 2015; Woods et al., 2015; Woods, 2020).

▪ Staffing und Moral Distress

- Zu wenig Personal = höhere Arbeitsbelastung = Reduktion der Versorgungsqualität
- Qualifikation, Erfahrung und Einarbeitung
- Kontinuität und Patient*innen-Throughput

▪ Leadership und Moral Distress

- Konflikt zwischen Wirtschaftlichkeit und fachlicher Versorgung
- Bemessung als Führungsaufgabe
- Mitarbeiter*innen-Bindung
- Soziale Unterstützung durch Führungskräfte

▪ Soziale Unterstützung und Moral Distress

- Soziale Unterstützung durch Führungskräfte
- Soziale Unterstützung durch Kolleg*innen
- Förderung von Zusammenhalt und Kommunikation

Erkenntnisse aus der ersten und zweiten Literaturstudie

Berufsethische Grundlagen sind ein wichtiger Bestandteil von Bemessung und finden sich auch elementar in Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung wieder

- Mehr Personal ist bei beiden Literaturrecherchen ein wichtiger Faktor, dabei ist „mehr“, um qualifiziertes, erfahrenes und eingearbeitetes Personal zu erweitern
- Arbeitsbelastung ist ebenso nicht eindimensional, sondern umfasst verschiedene Faktoren wie bspw. den individuelle Bedarf, die Kooperationsanforderungen und Umgebungsfaktoren..

Führung, Steuerungsmechanismen und soziale Unterstützung sind maßgebliche, organisationale Einflussfaktoren von Personalbemessung vor dem Hintergrund von Moral Distress, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

- Steuerung von Arbeit im Sinne von einem Management, das verschiedene Arbeitsanforderungen wahrnimmt, reflektiert und zukunftsorientiert bewältigt
- Führung im Sinne von relationalen Führungsmodellen und der eigenen Selbstführung (inkl. Selbstfürsorge)
- Soziale Unterstützung der Führungskräfte und Kolleg*innen

Erkenntnisse aus Expert*inneninterviews zu laufenden Prozessen zur Entwicklung von Personalbemessungsverfahren in der Pflege

„Gesunde Personalbemessung: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Kontexten der systematischen Personalbemessung für die Pflege“ (GePAG)

Personalbemessungsverfahren

PPR 2.0

- Entwicklung auf Basis der bestehenden Pflegepersonalregelung für somatische Stationen im Krankenhaus
- Einstufung aller Patienten in 4 Stufen der allgemeinen und speziellen Pflege, denen Minutenwerte zugeordnet sind; hinzu kommen ein Fallwert und ein Grundwert pro Tag
- Der so ermittelte Zeitwert bildet den individuellen Pflegepersonalbedarf für den Patienten ab

Wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI

- Empirischer Ansatz auf Basis eines Interventionskatalogs, Festlegung von Qualifikationsanforderungen und eines IST-SOLL-Abgleichs
- Algorithmus zur Umwandlung der ermittelten Zeitwerte in Stellen (differenziert nach Qualifikationsniveau)
- Empfehlungen zur modellhaften Einführung und Erprobung

Expert*inneninterviews

Expert*innen bzgl. PeBeM SGB XI

- Expert*in Gesamtprojekt
- Expert*innen Unterauftrag „Interaktionsarbeit“

Expert*innen bzgl. PPR 2.0

- Expert*in für die aktuellen Überarbeitungen DPR

- Fragen des Arbeitsschutzes in PeBeM bei Interventionen, in PPR 2.0 nicht explizit, ggf. über Grundwert integriert.
- Gesundheitsförderung nicht systematisch mit einbezogen.
- Möglichkeit der Integration über Fall- und/oder Grundwert in PPR 2.0., über Zeiten oder einrichtungsbezogene Werte in PeBeM.
- Die Relevanz der Themen wird als hoch erachtet, ebenso wie das Thema „Moral Distress“.
- Im Rahmen der Interaktionsarbeit werden spezifische Interaktionsanforderungen berücksichtigt (Einbezug auch Ethos fürsorglicher Praxis, vgl. Senghaas-Knobloch 2008).
- Relevanz von berufsethischen Aspekten, der Autonomie im pflegerischen Handeln und einer gesunden Gestaltung und Organisation wurden bestätigt.
- Hinweis: gesundes, ethisch konformes Arbeiten ist die Motivation für eine Entwicklung von Personalbemessungsmethoden!

Problemaufriss: Beyond numbers

„Gesunde Personalbemessung: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Kontexten der systematischen Personalbemessung für die Pflege“ (GePAG)

Ein Blick über den Tellerrand ...

- **Einen Diskurs über Gesundheitsförderung, gesunde Führung und die Gestaltung von Arbeit im Spannungsfeld zwischen fachlichen und wirtschaftlichen Anforderungen gibt es auch in anderen Berufsfeldern.**
- **Ansätze aus anderen Branchen:**
 - Indirekte Steuerung und Gesundheit
 - Personalplanung als Führungsaufgabe
 - Altersstrukturanalysen als Grundlage für ein demografiesensibles salutogenes (Personal-Management)
 - etc.
- **Ein weiterer Diskurs aus anderen Bereichen, der teilweise bereits in der Pflege aufgenommen wurde ist Corporate Social Responsibility**

Beyond Numbers – Unser Fazit nach den bisherigen Untersuchungen ...

- Die Themen Arbeitsschutz, Gesundheitsförderungen und Moral Distress sind relevant für Personalbemessung und bilden rein aus wissenschaftlicher Argumentation die Grundlage für ein gesundes und zukunftsgerichtetes Arbeiten in der Pflege.
- Diese Relevanz und die Grundlage von Gesundheit wird auch in anderen Branchen thematisiert und als Orientierung verwendet (vgl. bspw. Ilmarinen & Tempel 2012).
- Es gibt viele gute Ansätze wie die Arbeitsfähigkeit im Rahmen von Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung, etc. lebenslang erhalten bleiben kann.
- Forschung und Zukunftsbemühungen sollten daher weniger neue Konzepte erarbeiten, sondern vielmehr deren Anwendung und die Umsetzung von nachhaltiger und gesundheitsorientiert Personalbemessung in der Pflege untersuchen und vorantreiben.
- Beyond Numbers schließt klare Empfehlungen aus bestehenden Instrumenten mit ein. Es geht nicht um eine Instrumenten-Debatte, sondern darum dass deren Ausrichtung auf Gesundheit und fachlichen Konzepten basieren.



Haus der Arbeitsfähigkeit.
Ilmarinen & Tempel 2012

Erste Diskussionsrunde

- Fragen und Rückmeldungen zu den Erkenntnissen
- Vorschläge für die Machbarkeit im Rahmen von Personalbemessung?

Pause

„Gesunde Personalbemessung: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Kontexten der systematischen Personalbemessung für die Pflege“ (GePAG)

Zweite Diskussionsrunde

Diskussion in den Kleingruppen – Vorschlag zur Aufteilung:

Gruppe Krankenhaus

Frau Susec (ver.di)
Herr Schmidt (BGW)
Frau Burghardt (DKG)
Herr Tackenberg (DBfK)
Frau Kohlbeck (VdPB)
Herr Büscher (HS Osnabrück)
Frau Ruppert (HS Osnabrück)
Frau Schilke (HS Osnabrück)

Gruppe Pflegeeinrichtungen

Frau Sorber (BGW)
Herr Kalwitzki (Uni Bremen)
Frau Klein (VDAB)
Herr Wagner (DPR)
Herr Vilsmeier (Pflegeberufekammer SH)
Herr Clasen (bpa)
Herr Hülsken-Giesler (Uni Osnabrück)
Frau Wirth (Uni Osnabrück)

Zweite Diskussionsrunde

Diskussion in den Kleingruppen:

- Impulse für eine gesunde Arbeit von MORGEN in den spezifischen Settings auf den Ebenen :
 - Ergebnis (Mikro)
 - Prozess (Meso)
 - Struktur (Makro)

- Empfehlungen für eine weitere Auseinandersetzung (nächste Schritte)



Impulse für eine gesunde Arbeit von MORGEN im Rahmen von Personalbemessung entsprechend der folgenden Dimensionen:

(vgl. Donabedian 1980)

Diskussionsrunde: Altenpflege

1. Ergebnis

- Inventarlisten der zur Verfügung gestellten Hilfsmittel
- konkrete Zielsetzungen wären einrichtungsindividuell zu bearbeiten
- Hohe Achtsamkeit auf gesunde und sichere Pflege
- Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung sind in die Prozesse integriert und es entsteht weniger der Eindruck, hier wird nicht etwas "on top" zu leisten sein
- ergänzend zur Achtsamkeit: Bewusstsein über die Bedeutung sicherer und gesunder Arbeit für die Klienten, Mitarbeitende und Organisation ist vorhanden

3. Struktur

- Freigestellte Leitung
- Standardausstattung Hilfsmittel für sichere und gesundheitssichernde Arbeit
- Eigener Sozialraum ohne Dienstbezug
- Supervision Coaching in Bezug auf psychische Belastungen
- Gesundheitsförderung in Unternehmenskultur
- Komplexpauschalen in der ambulanten Versorgung mit Zeitvariablen für individuelle Pflege
- Altersgerechtes Arbeiten ermöglichen
- Zeit für Anleitung und Supervision der zunehmenden Assistenz in der Pflege

4. Weitere Impulse:

- Anreize für Einrichtungen, mehr Personal einzusetzen (jenseits Kosten und Ordnungsrecht)
- Digitalisierung beteiligungsorientiert gestalten, und sinnvoll einsetzen - Einpassung in den Pflegeprozess.
- Refinanzierbarkeit von Hilfsmitteln?
- Assistenzfunktionen qualifizieren (konzeptionell begründete Zusammenarbeit mit den Qualifikationen)

2. Prozess

- regelmäßige und in der Personalbemessung berücksichtigte Fort- und Weiterbildung
- Größerer Schwerpunkt und Sensibilisierung für das Thema insbesondere im Rahmen der beruflichen Bildung: Qualifikation → Arbeits- und Gesundheitsschutz als wichtiger und integraler Bestandteil der Ausbildung
- Umsetzungsprozess ist einrichtungsindividuell zu definieren, alle Ebenen (Führung, einzelne Funktions- oder teambereiche sind zu bearbeiten und beteiligen
- Bezugsorientierte Pflege vor verrichtungsorientierter Pflege - Verantwortung und Arbeitszufriedenheit
- Konkrete Unterstützung in der Praxis für Organisations- und Prozessentwicklung für die Leitungsebene
- Leitungsqualifikation zum Arbeits- und Gesundheitsschutz mit jährlichem Refresher: Nachschulung/Curricularer Bestandteil Weiterbildung
- Neue Arbeitsorganisation muss berücksichtigen dass Assistenzkräfte nicht überfordert werden, und es sollte sichergestellt sein, dass Fachkräfte gut in den Pflegeprozess einbezogen werden
- Sensibilisieren für Arbeitsschutz über Corona hinaus aufrecht erhalten
- Aufgabenverteilungen, die der Qualifikation und dem Leistungsvermögen entsprechen
- Offene und regelhaft initiierte Kommunikation über Verbesserungspotenziale zum Gesundheits- und Arbeitsschutz
- Handlungsanleitungen und Hilfen zur Umsetzung und Integration bestehender "Optionen" in den Unternehmen.

<p>1. Ergebnis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mortalitätsrate ▪ Qualitätsindikatoren (z.B. Dekubitusrate, Stürze) ▪ Patientenzufriedenheit ▪ Arbeitszufriedenheit ↔ Berufszufriedenheit ▪ Fluktuationsrate (Magnetsystem, MA-Bindung- und „Anzug“, Krankenbestände, BGM) ▪ Gesundheitsförderliches Arbeiten/Verhalten 	<p>2. Prozess</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegegeleitete Versorgungsprozesse ▪ Umsetzung gestalten – wie? ▪ Arbeitsschutz
<p>3. Struktur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisationsstrukturen wandeln ▪ Gesundheitsförderliche Strukturen aufbauen (z.B. Sportprogramme), über den Arbeitsschutz hinausgehend ▪ Führungsstrukturen ▪ Teamstrukturen 	<p>4. Weitere Impulse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Festlegung von Grundwerten unter Beteiligung verschiedener Gruppen (Bündelung verschiedener Perspektiven) ▪ Verstärkt Arbeitsschutz (ggf. zeitlich abbildbar) und Gesundheitsförderung einbinden ▪ Konkrete Definition: was ist Gesundheitsförderung in diesem Kontext ▪ Verbindung zum Präventionsgesetz herstellen

“Newton et al. (2012) found that when nurses are not supported in practice and their voices are silenced, they are unable to enact their moral agency. They argue that a ‘noisy’ ethical climate – where nurses’ voices are heard – is essential within a positive ethical practice environment. Being silenced is, of course, a precursor to moral distress.”

(Humphries & Woods 2016)

Ausblick und nächste Schritte

- Projektende 15.01.2021
- In den nächsten Tagen und Wochen Abstimmung bzgl. weiterer Kooperationen und Forschung mit der BGW und ggf. weiteren/anderen Fördergebern.
- Das Interesse an mehr Forschung zum Thema ist geweckt!
- Konkrete Umsetzung mit bestehenden Personalbemessungsmethoden („numbers“), die auf der „Beyond-Perspektive“ basieren
- ...



**Vielen Dank für Ihre Zeit und
die wertvollen Diskussionsimpulse.**

Gefördert von

