

Sichere Personalausstattung sichert Leben

ICN- Handbuch zum Internationalen Tag der Pflege 2006

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

Kapitel 1 – Einführung

Kapitel 2 – Warum ist eine sichere Personalausstattung wichtig?

Kapitel 3 – Chancen

Kapitel 4 – Hindernisse

Kapitel 5 – Wie wird es gemacht?

Kapitel 6 – Rolle der Nationalen Pflegeverbände

Kapitel 7 – Empfehlungen

Anhänge

Anhang 1: Instrumente zur Bewertung der Personalausstattung in der Pflege

Anhang 2: Sichere Personalausstattung: Was Pflegende tun können

Anhang 3: Beispiel: Pressemitteilung

Anhang 4: Wussten Sie schon ...? Fakten einer sicheren Personalausstattung

Anhang 5: Grundlagen einer sicheren Personalausstattung des amerikanischen
Pflegeverbandes

Anhang 6: Methoden zur Bestimmung von Größe und Zusammensetzung von Pflegeteams
auswählen und anwenden

Anhang 7: Positionspapier: Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz für Pflegende

Anhang 8: Positionspapier: Sicherheit der PatientInnen

Anhang 9: Beispiele für das Verhältnis von Pflegenden und PatientInnen

Anhang 10: Vorlage für eine Powerpointpräsentation

Literaturliste

Sichere Personalausstattung sichert Leben

Einleitung

K: Die Beobachtung der weltweiten Veränderungen in der Gesundheitsversorgung führten zur Entwicklung eines Konzeptes der sicheren Personalausstattung.

In den meisten Ländern wird der Gesundheitsversorgung eine hohe Priorität beigemessen. Fragen sowohl nach der Zuverlässigkeit von Gesundheitsleistungen als auch nach Konzepten für das Gesundheitswesen stehen im Vordergrund der politischen Diskussionen. Allerdings wird die Absicherung solcher Dienstleistungen vor allem dann kritisch, wenn es einen Mangel an Gesundheitspersonal, wie z. B. an Pflegenden, gibt. So ist beispielsweise in Afrika der Mangel an Pflegekräften ein ständig diskutiertes Thema in den Medien; eine Lösung des Problems ist jedoch nicht abzusehen. Auf Grund der weltweit zu beobachtenden Veränderungen in der Gesundheitsversorgung wurde dieses Konzept einer sicheren Personalausstattung entwickelt. So waren in den vergangenen 20 Jahren eine Reihe grundlegender Krisen zu beobachten: die AIDS-Epidemie, SARS, der Ausbruch bedrohlicher Formen von Grippe, ökonomische Rezessionen, die zu Pflegenotständen führten, und steigende Kosten der Gesundheitssysteme. Mittlerweile gibt es jedoch ein wachsendes Verständnis dafür, dass die pflegerische Personalausstattung einen wesentlichen Einfluss auf die Sicherheit, Morbidität und Mortalität von PatientInnen hat.

Diese Zusammenstellung von Informationen ist für den Gebrauch von Berufsverbänden und beruflich Pflegenden gedacht. Sie bietet die notwendigen Hintergrundinformationen, mit denen die Argumente für eine ausgewogene Besetzung von Stellen in der Pflege untermauert werden können. In den Anhängen finden sich weitere wichtige Materialien, u.a. ein Bewertungsinstrument für eine sichere Personalausstattung, eine Aufzählung von Aktivitäten, mit denen Pflegende für eine bessere Personalpolitik eintreten können, eine Sammlung von wichtigen Fakten, eine Vorlage für eine Powerpointpräsentation und exemplarische Beispiele für die Festlegung des Verhältnisses von Pflegenden und PatientInnen.

Der zentrale Beitrag dieser Sammlung besteht aus einem einführenden Artikel, der Aspekte darlegt, die bei der Diskussion um eine sichere Personalausstattung zu berücksichtigen sind. So werden beispielsweise Nachweise dafür erbracht, dass der Einsatz von Teams, in denen Pflegende mit unterschiedlichen Qualifikationen zusammenarbeiten, Einfluss auf die Morbidität und Mortalität hat. Außerdem wird großer Wert auf die Bedeutung einer ausgewogenen Mischung der vorhandenen Fähigkeiten (Qualifikationsmix) und die klare Definition der jeweiligen Rollen gelegt. In dem Kapitel mit der Überschrift "Wie wird es gemacht?" geht es um rechtliche Aspekte und die allgemeinen Rahmenbedingungen. Außerdem wird hier erneut hervorgehoben, wie wichtig die Einschätzung von Berufsangehörigen ist, wenn es darum geht, die Akzeptanz von Strategien zur Durchsetzung einer sicheren Personalausstattung zu erreichen. Darüber hinaus wurden Positionspapiere zusammengestellt, die den Kontext umfassend erläutern. Nicht zuletzt werden Empfehlungen ausgesprochen, die den nationalen Verbänden dabei behilflich sein sollen, ihre Lobbyarbeit zur Anpassung der Arbeitsbedingungen und bei der Einführung des Einsatzes unterschiedlich qualifizierter Pflegepersonalteams durchzuführen, um eine sichere Versorgung zu gewährleisten.

Personalmangel in Verbindung mit der Tatsache, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen die Länder verlassen, die den größten Bedarf haben, um in solche abzuwandern, die es sich leisten können, besser qualifiziertes Personal zu beschäftigen, geben neben den bekannten Problemen auch Anlass zur Sorge um die Gesundheit der Arbeitskräfte. Aspekte wie gesunde Arbeitsbedingungen, die Gesundheit von Pflegenden und eine sichere Personalausstattung, um die Gesundheit der Bevölkerung garantieren zu können, nehmen an Bedeutung zu. Inzwischen gibt es immer mehr Untersuchungen, die belegen, dass die

fachliche Zusammensetzung des Personals Auswirkungen z.B. auf die Mortalität hat. Auch wenn solche Studien erst in den Anfängen sind und sich bisher hauptsächlich auf die westlichen Länder und die Krankenhausversorgung beziehen, so beleuchten sie doch den eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Pflegepersonal und der Qualität der Patientenversorgung.

K: Es gibt in der Forschung noch keinen Konsens darüber, was eine sichere Personalausstattung ist.

K: Auf Grund ökonomischer Probleme und eines mangelnden Zugangs zu höheren Bildungseinrichtungen haben viele Länder sehr unterschiedliches Personal in der Gesundheitsversorgung eingesetzt.

Es gibt in der Forschung noch keinen Konsens darüber, was mit einer sicheren Personalausstattung gemeint ist. Nur wenige der aktuellen Definitionen lassen sich auf die unterschiedlichen nationalen Gegebenheiten anwenden. Dennoch sind sich die AutorInnen darüber einig, dass die Personalausstattung in Verbindung mit der Versorgungssituation zu sehen ist und dass eine angemessene Anzahl von Personal vorhanden sein muss, um die vielfältigen Bedürfnisse in den unterschiedlichsten Settings befriedigen zu können. Pflegende stellen eine wichtige Komponente in multidisziplinären Teams dar, wobei sie Pflege häufig zusammen mit anderen alternativen Anbietern, insbesondere Angehörigen, durchführen. Betrachtet man das Konzept einer sicheren Personalausstattung aus internationaler Perspektive, so lässt sich feststellen, dass Pflegende Seite an Seite mit anderen Anbietern Pflege durchführen. Das beinhaltet jedoch keineswegs, dass auf professionell geschultes Personal verzichtet werden kann. Im Gegenteil, es bleibt weiterhin von großer Bedeutung. Auf Grund ökonomischer Probleme und eines mangelnden Zugangs zu höheren Bildungseinrichtungen haben einige Länder (z.B. Indien, Pakistan, China) schon immer ein breites Spektrum an GesundheitsarbeiterInnen für die Versorgung der Bevölkerung eingesetzt. Weibliche Gesundheitsbesucherinnen, Barfußärzte und "Doulas" gehören u.a. zu den Gesundheitsanbietern, die in Regionen, in denen es kaum in einem Gesundheitsberuf ausgebildete Personen gibt, die Versorgung aufrecht erhalten.

In einigen Gegenden arbeiten Pflegende eng mit weiblichen Gesundheitsbesucherinnen zusammen, einer Gruppe von Gesundheitsarbeiterinnen, die es in Pakistan schon seit 1951 gibt. Sie verfügen über einige medizinische Kenntnisse und bieten eine basale pflegerische Versorgung und Gesundheitsdienste für Mütter und kleine Kinder an. Außerdem unterweisen sie die SozialarbeiterInnen in grundlegenden Kenntnissen (Upvall; Gonsalves 2002).

In China spielen die Barfußärzte schon seit der Kulturrevolution in den 1960er Jahren eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung. Damals erhielten Tausende von Bauern in wenigen Monaten eine medizinische Grundausbildung. Danach kehrten sie in die Landwirtschaft zurück und waren gleichzeitig für die basale Gesundheitsversorgung in ihren Kommunen zuständig. Mit diesem Programm wurden zwei Ziele gleichzeitig verfolgt: Zum einen sollte damit dazu beigetragen werden, die Menschen für ein besseres Gesundheitsverhalten zu motivieren, das über die Behandlung infektiöser Erkrankungen hinausging; zum anderen diente es dazu, eine ausreichende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung auch in den ländlichen Regionen des Landes sicherzustellen. Auch wenn das Programm auf Grund finanzieller Probleme in den 1980er und 1990er Jahren zusammenbrach, so war es doch erfolgreich in der Bekämpfung einer Reihe von Krankheiten, insbesondere von Schistosomiasis. Noch immer gilt vielen Ländern dieses Programm als ein Modell zur Lösung der Personalnot, da es die Möglichkeit bietet, auch ohne den Einsatz hoch qualifizierter Gesundheitsberufe eine angemessene Versorgung in ländlichen Regionen zu garantieren (Valentine 2005).

Winslow (2005) berichtet von einem aktuellen Beispiel in einer abgelegenen amerikanischen Gemeinde, wo Laien eine alternative Gesundheitsversorgung anbieten. Anlass war der Fall eines Bewohners dieser Gemeinde, die 50 Meilen vom nächsten Krankenhaus entfernt ist, der ein mechanisches Herz erhielt. Angesichts der großen Entfernung vom Krankenhaus war ein ganzes Netzwerk von entsprechend angelernten Personen notwendig, um die Versorgung in Notfällen sicherzustellen. Teil der Initiative war es nun, den Patienten, seine Frau und andere Hilfskräfte mit den Maßnahmen vertraut zu machen, die in einem Notfall zu treffen waren.

***K:** Aufstiegsmöglichkeiten stellen einen wichtigen Anreiz dar, um Gesundheitspersonal im Beruf oder am Arbeitsplatz zu halten.*

Um das Produktivitätspotenzial der Beschäftigten vollständig nutzen zu können ist es wichtig, ihnen Aufstiegsmöglichkeiten (Karriereleiter) zu bieten. Dadurch lassen sich das ursprüngliche Interesse und die Erfahrungen langjährig angestellter GesundheitsarbeiterInnen sinnvoll nutzen. Das ist ein wichtiger Aspekt, wenn es darum geht, Personal anzuwerben bzw. zu behalten, um die vorhandenen Stellen besetzen zu können.

Kapitel 1

Einführung zum Konzept einer sicheren Personalausstattung

K: *Die pflegerische Versorgung gilt in vielen Settings als wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung als Ganzes.*

K: *Viele WissenschaftlerInnen gehen mittlerweile davon aus, dass eine sichere Personalausstattung nicht nur etwas mit der Zahl der zur Verfügung stehenden Stellen zu tun hat.*

Es ist inzwischen allgemein bekannt, dass die pflegerische Versorgung in vielen Settings einen wesentlichen Bestandteil der Gesundheitsversorgung als Ganzes darstellt. Infolgedessen wird die Besetzung von Pflegestellen ebenso genau untersucht wie andere Variable, die Einfluss auf die Sicherheit und Effizienz der Gesundheitsversorgung haben können. Dabei geht es z.B. darum herauszufinden, ob das vorhandene Pflegepersonal entsprechend qualifiziert ist bzw. ob und inwieweit qualifiziertes Personal verfügbar ist. Eine erste Definition von sicherer Personalausstattung fordert denn auch "Personal in ausreichender Anzahl und mit entsprechender Qualifikation, um einem Patienten oder Klienten die gebotene gesundheitliche Versorgung zur Verfügung zu stellen" (Giovannetti 1978, zitiert nach McGillis Hall 2005, S. 5). Inzwischen geht auch die Forschung davon aus, dass neben der ausreichenden Anzahl auch andere Variable, die den Personaleinsatz und die Sicherheit der Versorgung beeinflussen, berücksichtigt werden müssen. Dazu gehören u.a. die Arbeitsbelastung, die Rahmenbedingungen, die Komplexität des Settings, die Qualifikation und die Zusammensetzung des Pflegepersonals, die Kosteneffizienz, Effektivität, Ergebnisqualität in Hinblick auf PatientInnen und Pflegende. Darüber hinaus wird die Stellenbesetzung in Relation zu bestimmten Schlüsselindikatoren (z.B. Sterberaten) gesetzt, womit die Sicherheit der Patienten in das Verfahren der Personalauswahl einbezogen wird.

K: *Es gibt nur wenige Definitionen, die Sicherheitsaspekte in die Frage der Personalauswahl einbeziehen.*

Es ist jedoch interessant zu bemerken, dass es nur wenige Definitionen gibt, die Sicherheitsaspekte in die Frage der Personalauswahl einbeziehen. Der us-amerikanische Verband der Lehrenden in der Pflege (1995) stellt fest:

"Das Konzept einer sicheren Personalausstattung beinhaltet, dass eine ausreichende Anzahl von Pflegekräften mit adäquaten, wenn auch unterschiedlichen Qualifikationsniveaus zu jeder Zeit verfügbar ist, um zu garantieren, dass der Pflegebedarf der PatientInnen gedeckt werden kann und risikofreies Arbeiten gewährleistet ist."

Eine aktuellere Definition stammt vom Pflegeverband von North Carolina (North Carolina Nurses Association, NCNA 2005):

"In das Konzept einer sicheren Personalausstattung geht die Aufrechterhaltung einer qualitativ guten Patientenversorgung ebenso ein wie der Berufsverbleib der Pflegenden und die Ergebnisse für die gesamte Organisation, in der die Pflege erbracht wird. In der Praxis berücksichtigt die sichere Personalausstattung die Komplexität und Intensität pflegerischer Aufgaben, die unterschiedlichen

Qualifikationsniveaus der Pflegenden, ihre jeweiligen Kompetenzen und Erfahrungen, die Personalentwicklung der Beschäftigten im Gesundheitswesen, die Unterstützung durch das Pflegemanagement auf der operativen und der administrativen Ebene, das jeweilige Umfeld und die technologischen Bedingungen der Einrichtung, die verfügbaren unterstützenden Dienste, insbesondere die unmittelbare Unterstützung in Notfällen."

Kapitel 2

Warum ist eine sichere Personalausstattung so wichtig?

K: Die Bewegung für die Sicherheit von PatientInnen ist schon deshalb wichtig, weil sie eine Reihe besonderer Versorgungsindikatoren in den Mittelpunkt des Interesses gerückt hat.

Die Bewegung zur Sicherheit von PatientInnen ist deshalb so wichtig, weil sie eine Reihe von Versorgungsindikatoren in den Mittelpunkt des Interesses rückt, die berücksichtigt werden müssen. Diese Indikatoren beschreiben ein komplexes Gebiet, das sich aus der Dokumentation nicht gewünschter Ergebnisse der typischen Pflege in Krankenhäusern herauskristallisiert hat. Zu solchen nicht intendierten Ergebnissen gehören u.a. Stürze von PatientInnen, falsche Medikamentengaben, nicht gerechtfertigte Untersuchungen, die u.a. als Faktoren einer erhöhten Morbidität und Mortalität aufgefallen sind. Eine kanadische Studie (Baker et al. 2004) belegte eine Inzidenz von 7,5 Prozent für solche nicht beabsichtigten Vorkommnisse. Das heißt, dass bei einer jährlichen Aufnahme von 2,5 Millionen PatientInnen in Krankenhäuser - ähnlich denen der in der Studie untersuchten Fälle - ungefähr 185.000 mit unintendierten Vorkommnissen konfrontiert werden, von denen 70.000 vermeidbar wären.

Mit ähnlich alarmierenden Statistiken machte auch ein Projekt, das vom Medizinischen Institut in Auftrag gegeben wurde, auf unzulängliche Praxen aufmerksam. Wie Kohn, Corrigan und Donaldson (2000) herausfanden gibt es in unseren Gesundheitssystemen erhebliche Risiken, die sich aus inadäquaten Arbeitsabläufen, einer unzureichenden Personalausstattung und auf Grund fehlender Systeme, mit denen eine sichere Praxis gefördert werden könnte, ergeben. Die Autoren merken an, dass Experten davon ausgehen, dass jährlich ungefähr 98.000 Menschen auf Grund medizinischer Fehler im Krankenhaus sterben. Das sind mehr Todesfälle als die in Folge von Unfällen, Brustkrebs oder einer AIDS-Infektion. Darum werden für die Verhinderung medizinischer Fehler und zur Verbesserung der Patientensicherheit auf nationaler, Länder- und lokaler Ebene folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- die eindeutige Zuweisung von Verantwortlichkeit und den Wissenserwerb in Hinsicht auf die Patientensicherheit;
- der Aufbau von Systemen zur Dokumentation von vorgekommenen Fehlern;
- Sicherheitsgarantien für Pflegenden, die nicht intendierte Vorkommnisse und/oder Defizite beim Personaleinsatz melden
- die Festlegung von Handlungsstandards und Erwartungen in Bezug auf die Patientensicherheit;
- die Entwicklung von Sicherheitssystemen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens.

K: Untersuchungsergebnisse, mit denen nachgewiesen werden kann, wie wichtig eine sichere Personalausstattung ist, mehrten sich.

Um die oben genannten Punkte verwirklichen zu können, ist eine angemessene Besetzung von Stellen unerlässlich. Wie in einer ganzen Reihe von Studien inzwischen nachgewiesen wurde, besteht eine unmittelbare Relation zwischen dem Personaleinsatz und den Ergebnissen für die Gesundheitsversorgung der PatientInnen, d.h. bezüglich der Mortalitäts- und Morbiditätsraten. Auch wenn sich diese Ergebnisse auf westliche Krankenhaussituationen beziehen und aus der Perspektive der entwickelten Nationen

dargestellt werden, so bieten sie doch ohne Zweifel ausreichendes Argumentationsmaterial, um die Befürwortung einer sicheren Personalausstattung zu untermauern. Bereits 1998 haben Belge, Goode und Reed die Auswirkungen der Personalausstattung im Pflegebereich auf Mortalität und Morbidität bei den PatientInnen untersucht und fanden dabei heraus, dass eine starke Mischung unterschiedlich qualifizierter Pflegekräfte einer geringeren Inzidenz von medizinischen Fehlern und Stressgeschwüren korrespondiert, während sie gleichzeitig die Zufriedenheit der PatientInnen erhöht. Eine ergänzende Untersuchung, die in demselben Jahr zur Stellenbesetzung in der Pflege durchgeführt wurde, zeigte, dass ein hoher Anteil examinierter Pflegekräfte im Pflegedienst dazu beitrug, Fehler bei der Medikamentengabe zu reduzieren (Blegen; Vaughn 1998).

Kovner und Gergen (1998) konnten den Zusammenhang zwischen der Anzahl von qualifizierten Pflegekräften (in Vollzeitäquivalenzen) je Patiententag im Krankenhaus mit dem Auftreten von Infektionen des Harntraktes, von Lungenentzündungen, Thrombosen und Beeinträchtigungen der Atemwege nach größeren Eingriffen nachweisen. Schultz, van Servellen, Chang, McNeese-Smith und Waxenberg (1998) zeigten mit ihrer Studie, bei der 68.000 HerzinfarktpatientInnen untersucht wurden, dass bei steigender Anwesenheit von Pflegenden die Mortalitätsraten sinken. In einer Untersuchung zur Versorgungsqualität bei AIDS-Kranken fanden Aiken, Sloane, Lake, Sochalski und Weber (1999) heraus, dass eine zusätzliche Pflegekraft pro Tag die Sterberate innerhalb von 30 Tagen um 50 Prozent reduzierte. Bereits eine Viertel-Pflegekraft mehr bedeutete ein Absinken der Mortalitätsrate um 20 Prozent. Des Weiteren konnte anhand einer Untersuchung auf Intensivstationen nachgewiesen werden, dass postoperative Komplikationen und Gefährdungen der Atemwege anstiegen, wenn eine Pflegekraft nachts für mehr als zwei Patienten nach einer Speisröhreentfernung sorgen mussten. (Amaravadi, Dimick, Pronovost, Lipsett 2000).

K: *Untersuchungen haben belegt, dass die Anzahl des pro Patiententag zur Verfügung stehenden Pflegepersonals in einem umgekehrten Verhältnis zur Mortalitätsrate steht.*

Kovner (2001) hat darüber hinaus untersucht, welchen Einfluss die Personalausstattung und die Arbeitsablauforganisation auf die PatientInnen und die Beschäftigten im Gesundheitswesen haben. Die Forschungsergebnisse bezüglich der Personalausstattung waren je nach untersuchter Berufsgruppe unterschiedlich. So lässt sich bei vielen AutorInnen feststellen, dass sie ein umgekehrtes Verhältnis zwischen Mortalitätsraten und der Anwesenheit von qualifiziertem Pflegepersonal pro Patiententag, dem Anteil von qualifizierten Pflegenden an der Gesamtheit des pflegerischen Personals und der Anzahl von qualifizierten Pflegenden pro Krankenhaus nachweisen konnten. In einer Untersuchung zur Beobachtung von PatientInnen zeigten Dimick, Swoboda, Pronovost und Lipsett (2001), dass ein Zusammenhang besteht zwischen einer reduzierten Anzahl von Pflegenden während der Nacht und einer steigenden Häufigkeit von spezifischen postoperativen Gefährdungen der Atemwege. Wie Sovie und Jawad (2001) herausfanden, sank die Zahl der Stürze von PatientInnen, während ihre Zufriedenheit mit dem Schmerzmanagement stieg, sobald die Anzahl der Pflegestunden pro PatientIn erhöht wurde.

In einer sehr bedeutenden Untersuchung haben Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski und Silber (2002) Daten von 10.184 angestellten Krankenschwestern und 232.342 PatientInnen zusammengetragen. Eines ihrer wichtigsten Ergebnisse war das folgende: Mit jedem zusätzlichen Patienten, den eine Krankenschwester, die für das Casemanagement für vier PatientInnen verantwortlich war, betreuen musste, stieg die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 30 Tagen nach der Aufnahme ins Krankenhaus zu sterben, um 7 Prozent. Das Risiko, nicht mehr reanimiert werden zu können, stieg dann ebenfalls um 7 Prozent. Eine retrospektive Untersuchung, die Tourangeau, Giovannetti, Tu und Wood 2002 in Kanada durchführten, beschäftigt sich mit der Sterblichkeit von Patientinnen innerhalb von 30 Tagen nach der Aufnahme ins Krankenhaus. Dazu sammelten sie Daten von 46.941 PatientInnen

mit Herzinfarkt, Schlaganfall, Pneumonie oder Sepsis, die aus 75 Akutkrankenhäusern in Ontario entlassen worden waren. Die Ergebnisse legen ebenfalls nahe, dass es einen Zusammenhang zwischen der Mortalitätsrate in weniger als 30 Krankenhaustagen und dem Qualifikationsmix der Pflegenden und der Berufserfahrung auf der jeweiligen Station gibt.

In einer sektorenübergreifende Analyse untersuchten Needleman, Buerhaus, Matke, Stewart und Zelevinsky (2002) den Zusammenhang zwischen der Quantität der von in Krankenhäusern beschäftigten Pflegepersonals angebotenen Pflege und den Ergebnissen für das Gesundheitszustand der PatientInnen. Dabei wurden die Daten von 5 Millionen medizinischen und 1,1 Millionen chirurgischen PatientInnen einbezogen. Das Ergebnis zeigte, dass ein größerer Anteil und eine höhere Anzahl von Pflegestunden, die von qualifizierten Pflegenden erbracht wurden, die Verweildauer der PatientInnen verkürzte. Darüber hinaus ging dann die Inzidenz von Infektionen des Harntraktes, gastrointestinalen Blutungen, Pneumonie, Schock und von Herzstillstand zurück, ganz abgesehen davon, dass die Anzahl erfolgreicher Wiederbelebungsversuche stieg.

Pneumonie und Dekubitus gehören zu den wohl am besten untersuchten Folgen von Bettlägerigkeit. So fanden Cho, Ketefian, Barkauskas und Smith (2003) heraus, dass eine Stunde, die eine Krankenschwester zusätzlich für einen Patienten aufbrachte, das Auftreten einer Pneumonie um 8,9 Prozent sinken ließ, während 10 Prozent mehr Zeit in der Pflege diese Inzidenzrate schon um 9,5 Prozent reduzierte. Außerdem weist Bostick (2004) nach, dass zusätzliche Pflegezeit das Auftreten von Dekubiti mindert.

Eine systematische Literaturrecherche der entsprechenden Publikationen bestätigt, dass eine angemessene Personalausstattung Einfluss auf die Mortalitätsraten und die Verweildauer von KrankenhauspatientInnen hat (Lang, Hodge, Olson, Romano, Kravitz 2004). Person et al. (2004) untersuchten das Verhältnis von Pflegestellen und Sterberate von PatientInnen mit Herzinfarkt im Krankenhaus und kamen zu dem Ergebnis, dass PatientInnen in Einrichtungen mit einem höheren Anteil von qualifizierten Pflegenden weniger häufig sterben.

K: *Wie sich anhand der Literatur nachweisen lässt, besteht ein Zusammenhang zwischen der Besetzung von Stellen in der Pflege und dem Gesundheitszustand der PatientInnen.*

Lankshear, Sheldon und Maynard (2005) erarbeiteten eine Zusammenfassung von 22 Untersuchungen, die bestätigten, dass eine angemessene Besetzung von Pflegestellen und eine entsprechende Mischung unterschiedlich qualifizierter Pflegenden positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der PatientInnen hatten. Schließlich ermittelte ein Überblick über die entsprechende Literatur, der vom kanadischen Pflegeverband (Canadian Federation of Nurses Union, 2005) vorgelegt wurde, deutliche empirische Hinweise darauf, dass ein Zusammenhang zwischen einer ungenügenden Personalausstattung in der Pflege und dem Auftreten einer ganzen Reihe von nachteiligen Entwicklungen im Gesundheitszustand von PatientInnen besteht. Zu solchen negativen Ergebnissen gehört das Vorkommen u.a. von Dekubiti, Harnwegsinfektionen, Pneumonien, postoperativen Wundinfektionen, Fehlern bei der Medikamentengabe. Gefährdungen der Atemwege, Thrombosen, gastro-intestinalen Blutungen, Stürzen, Schockzuständen, Herzstillstand, misslungenen Wiederbelebungsversuchen und die Wiedereinweisung ins Krankenhaus. Außerdem nahm die Patientenzufriedenheit ab, wenn die Zahl der Pflegekräfte reduziert wurde. Wenn allerdings die Anzahl der erforderlichen Stellen ausreichte, verringerten sich negative Entwicklungen im Zustand der PatientInnen.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass die Forschung einen Zusammenhang zwischen angemessener Personalausstattung und dem Gesundheitszustand von

PatientInnen nachweisen konnte. Dennoch sind weitere Studien auf internationaler Ebene notwendig, um ausreichende Argumente für eine sichere Personalausstattung zu bekommen. Ein solche Forschung wird vom International Council of Nurses (ICN) gefördert, und zwar durch seine internationalen und regionalen Foren.

Die Bedeutung von Konkurrenzverhältnissen

K: *Einrichtungen des Gesundheitswesens, die eine ausreichende Anzahl von Pflegenden und Ärzten beschäftigen, nutzen ihre adäquate Personalausstattung als Wettbewerbsvorteil gegenüber konkurrierenden Institutionen.*

In den USA veröffentlichen die Krankenhäuser genaue Zahlen bezüglich der Qualitätsindikatoren in ihren jeweiligen Abteilungen. Einrichtungen des Gesundheitswesens, die eine ausreichende Anzahl von Pflegenden und Ärzten beschäftigen, nutzen ihre adäquate Personalausstattung als Wettbewerbsvorteil gegenüber konkurrierenden Institutionen. Die mit einer angemessenen Personalausstattung einhergehenden attraktiven Arbeitsbedingungen vereinfachen es solchen Einrichtungen, auch bekannt als „Magnethospitäler“, neues Personal zu gewinnen und das vorhandene zu behalten. Diesen Krankenhäusern sind bestimmte Eigenschaften gemein, nämlich eine herausragende Leitung, die Repräsentation des Pflegepersonals in den Komitees zur Bestimmung der Grundsätze des jeweiligen Hauses, ein partizipatorischer Managementstil, eine kontinuierliche Qualitätssicherung, gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und das Angebot zur beruflichen Weiterentwicklung (Lash; Munroe 2005).

Solche Wettbewerbskonzepte existieren hauptsächlich im privaten Sektor und sind deshalb in Ländern wie Kanada, Japan, Deutschland, China und den Niederlanden mit ihren besonderen Gesundheitssystemen nicht ganz so relevant. Auch wenn es in diesen Ländern einen privaten Sektor im Gesundheitswesen geben mag, so ist der Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen doch nicht so stark ausgeprägt.

Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz: Die Gesundheit der Pflegenden

K: *Es ist allgemein bekannt, dass eine angemessene Personalausstattung allein deshalb wichtig ist, weil sie einen positiven Einfluss auf die Gesundheit des Pflegepersonals hat.*

Es ist allgemein bekannt, dass eine angemessene Personalausstattung allein deshalb wichtig ist, weil sie die Gesundheit des Pflegepersonals erhält. Auf Grund ihrer Besorgnis um die Gesundheit der Pflegenden während einer Periode großen Pflegepersonalmangels hat die kanadische Regierung eine landesweite Studie über das Pflegepersonal in Auftrag gegeben, die 2007 veröffentlicht werden soll. Laut Baumann u.a. (2001) gehört eine sichere Personalausstattung zu den grundlegenden Erfordernissen an eine angemessene Ausstattung von Arbeitsplätzen. Gegenwärtig findet pflegerische Arbeit in einem Umfeld statt, das bestimmt ist von steigender Arbeitsintensität, unzureichender Personalausstattung und dem Stress, der sich aus der Sorge um die Sicherheit des Arbeitsplatzes und den beruflichen Gesundheitsschutz ergibt. Darüber hinaus erleben Pflegenden Unterstützung vom Management und den KollegInnen, aber auch Auseinandersetzungen über die Kontrolle über den Beruf, über die Zeiteinteilung und die Übernahme von Führungsrollen. Die Pflege wird immer häufiger mit anderen Berufen (z.B. Polizei, Feuerwehr) verglichen, mit denen Unsicherheit, große Risiken und ein potenziell gefährliches Umfeld assoziiert werden.

Tatsächlich lassen sich in diesen Berufen genauso wie in der Pflege Phänomene wie Stress, Burnout und Probleme bei der Neugewinnung von Arbeitskräften bzw. bei den Verbleibzeiten im Beruf verzeichnen.

In Hinblick auf die Anwerbung neuer Arbeitskräfte und die Möglichkeit, vorhandenes Personal zu halten, lassen sich verschiedene Studien zitieren, die nachgewiesen haben, dass es durchaus einen Zusammenhang gibt zwischen Personalausstattung und Arbeitszufriedenheit (Aiken; Clarke; Sloane 2002; Aiken; Clarke; Sloane Sochalski; Silber 2000). So konnte eine englische Studie (Sheward; Hunt; Hagen; Macleod; Ball 2005) zeigen, dass ein ungünstiges zahlenmäßiges Verhältnis von PatientInnen und Pflegenden in Verbindung zu emotionaler Erschöpfung und Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz gesetzt werden. Pflegende, die regelmäßig Überstunden machen oder ohne angemessene personelle Unterstützung arbeiten müssen, neigen viel häufiger zum Fernbleiben vom Arbeitsplatz und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Berufliche Haftung

Pflegend fühlen sich bei der Ausübung ihrer Tätigkeit oft in die Enge getrieben, wenn nicht ausreichend Personal vorhanden ist. In Ländern, in denen es häufig zu Gerichtsverfahren wegen Versorgungsmängeln und Behandlungsfehlern kommt, ist die Frage der beruflichen Haftbarkeit ein allgegenwärtiges Problem. Das Oxford English Dictionary (1989) definiert den Begriff ‚haftbar‘ wie folgt:

„dem Gesetz oder der Billigkeit gegenüber verantwortlich oder haftbar zu sein; für etwas haften oder ihm unterworfen sein, geneigt oder bereit sein, etwas zu tun; das, für das man haftbar ist; ein Attribut oder ein Merkmal, das zum Nachteil gereicht; alles in allem eine belastende oder nachteilige Person oder Sache, eine Beeinträchtigung.“

K: *Es hat durchaus Fälle gegeben, in den Pflegende für die Versorgung von PatientInnen haftbar gemacht wurden.*

Es hat durchaus Fälle gegeben, in den Pflegende für die Versorgung von PatientInnen haftbar gemacht wurden. Fragen der Haftbarkeit betreffen unterschiedliche Aspekte in der Versorgung und können einzelne ebenso wie ganze Teams angehen. Deshalb sind Pflegende unabhängig von der jeweiligen Situation (d.h. in Kontexten, in denen Fehler auftreten können) verantwortlich für ihr Tun. Auch deshalb ist eine sichere Personalausstattung von zentraler Bedeutung, denn sie hat Auswirkungen auf die Möglichkeiten der einzelnen eine angemessene Pflege anzubieten und durchzuführen. Probleme der Haftbarkeit nehmen in solchen klinischen Kontexten zu, in denen Infrastrukturen und Personalausstattung mangelhaft sind. In vielen Gesundheitssystemen beruht der Personalmangel auf fehlendem Nachwuchs (d.h. dass ein Land nicht die ausreichende Menge an Gesundheitspersonal ausbildet, die das Gesundheitssystem benötigt). Andersherum kann auch der Fall vorliegen, dass Pflegende in größeren Zahlen auswandern als das Land Nachwuchskräfte produzieren kann. Dieses Dilemma wird insbesondere von der WHO beleuchtet, die in einem Bericht (Awases et al. 2004) über eine Untersuchung zur Migration von Gesundheitspersonal in verschiedenen afrikanischen Ländern auf diese Situation eingeht. Da viele Beschäftigte im Gesundheitswesen aus ihren Heimatländern auswandern, müssen die zurückbleibenden Pflegenden mit einer geringeren Personaldecke zurecht kommen, das heißt, dass sie nicht mehr in der Lage sind, eine sichere Pflege anzubieten.

Kapitel 3

Chancen

K: *Krankenhäuser mit einer sicheren Personalausstattung können beträchtliche finanzielle Einsparungen realisieren.*

Laut Aussage des kalifornische Pflegeverbandes (California Nurses Association n. D.) können Krankenhäuser mit einer sicheren Personalausstattung beträchtliche finanzielle Einsparungen erzielen. Zu wenig Personal in einer Einrichtung bedeutet zusätzliche Kosten, die durch schnellen Personalwechsel und die Einstellung von Aushilfen entstehen. Langfristige Investitionen in Vollzeitkräfte bringen hingegen erhebliche Einsparungen bei der Anwerbung von neuen Kräften und der Bindung des vorhandenen Personals (Baumann; Blythe 2003a; Baumann; Blythe 2003b). Wie bereits mehrfach festgestellt wurde, führt eine bessere Personalausstattung auch zu besseren Ergebnissen für den Gesundheitszustand der PatientInnen. Das bedeutet letztlich, dass die Kosten für Gesundheit und Krankheit für einzelne, Familien und Kommunen gesenkt werden, während gleichzeitig das Steueraufkommen erhöht wird, da die PatientInnen wieder in das Arbeitsleben zurückkehren können.

Qualifikationsmix: Festlegung der Funktionen

K: *Es ist wichtig Richtlinien dafür festzulegen, wie die unterschiedlichen Rollen der Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung aussehen sollen und wie diese am sinnvollsten miteinander arbeiten.*

Eine sichere oder angemessene Personalausstattung hängt auch ab vom Vorhandensein anderer Anbieter von Gesundheitsleistungen. Darum ist es wichtig, Richtlinien dafür festzulegen, wie die unterschiedlichen Rollen der Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung aussehen sollen und wie diese am sinnvollsten miteinander arbeiten. Diese Festlegungen werden in den verschiedenen Ländern sicher sehr unterschiedlich aussehen. Zwar gibt es einige wenige bereits existierende Modelle und Anleitungen für einen angemessenen Mix unterschiedlich qualifizierten Personals, aber diese können selbstverständlich nicht von allen übernommen werden. Fehler bei der Zusammensetzung des Personals können zu Fehlern in der Versorgung und damit zu unerwünschten Resultaten bei den PatientInnen und/oder in der Organisation einer Einrichtung führen (Canadian Nurses Association 2003). Es ist daher dringend erforderlich, dass auf lokaler und nationaler Ebene eine intensive Zusammenarbeit stattfindet, um das Wissen über die unterschiedlichen Fähigkeiten der verschiedenen Berufe, aber auch der ehrenamtlichen HelferInnen im Gesundheitswesen zu vertiefen. In Kanada wurde kürzlich eine sehr interessante Kooperation auf den Weg gebracht. Dort arbeiten niedergelassene Pflegende zusammen mit Pflegenden aus der Psychiatrie daran, ein gemeinsame Richtlinie als Grundlage für Entscheidungen zur Mischung unterschiedlich qualifizierter Pflegekräfte aufzustellen (Canadian Nurses Association 2003).

Der kanadische Pflegeverband (Canadian Nurses Association 2005) hat eine Veröffentlichung vorgelegt, in der wichtige Aspekte beleuchtet werden, die bei Entscheidungen über die richtige Zusammensetzung von Krankenhauspflegenden und niedergelassenen Pflegenden im Personalplan zu berücksichtigen sind. Dabei werden Entscheidungen insbesondere im Hinblick auf die Folgen für die PatientInnen in den Mittelpunkt gestellt. Das Dokument enthält darüber hinaus Hilfen, Anleitungen und

Instrumente für die Entscheidungsfindung, Hinweise für mögliche Forschungen im Bereich des Qualifikationsmixes, gesetzliche Bestimmungen zur Personalstärke und Aufgaben zur Festlegung einer angemessenen Mischung unterschiedlich qualifizierten Personals.

Kapitel 4

Hindernisse

In den Begriffen von Angebot und Nachfrage gefasst, geht es hier im Wesentlichen um ein Angebot von Pflegekräften zur Deckung der Gesundheitsnachfrage der Bevölkerung. Auch wenn sehr unterschiedliche Aspekte vorgebracht werden, wenn es darum geht, die notwendige Anzahl von Pflegekräften für ein Land zu bestimmen, so ist doch eins sicher; Länder mit einer großzügig bemessenen Zahl von Beschäftigten im Gesundheitswesen weisen immer einen besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung aus als andere.

K: *Das weltweite Angebot an Krankenschwestern/-pflegern wurde in den letzten Jahren stark von einem Mangel an Pflegepersonal in den Industrieländern geprägt.*

Die Verteilung von Pflegepersonal in der ganzen Welt wurde in den letzten Jahren stark von einem Mangel an Pflegepersonal in den Industrieländern beeinflusst, die Krankenschwestern/-pfleger aus andern Ländern angeworben haben. Betrachtet man die Situation auf lokaler Ebene, so ist festzustellen, dass das Angebot an Pflegekräften erhalten werden kann, wenn ein gutes Einkommen gesichert ist, der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz funktioniert und adäquate Bildungseinrichtungen vorhanden sind. Verringert sich das Angebot an Pflegekräften so, dass es für die Versorgung nicht mehr ausreicht, entsteht ein Mangel an Pflegepersonal. In den sog. entwickelten Ländern ist ein solcher Mangel vor allem darauf zurückzuführen, dass es kein ausreichendes Angebot an Pflegenden mehr gibt. Ein zu geringes Angebot entsteht, weil auf Grund mangelhafter Planung zu wenig Personal angeworben und wenig für den Verbleib im Beruf getan wird; kaum vorhandene Karrieremöglichkeiten und vorzeitige Verrentung spielen eine weitere Rolle in diesem Kontext (Buchan,; Parkin; Sochalski 2003). Was aber kann die beste und einfachste Lösung für einen solchen Pflegepersonal-mangel sein? Die Anwerbung in andern Ländern ist auf jeden Fall keine geeignete Antwort auf diese Frage. Buchan, Parkin und Sochalski (2003) schlagen hingegen ein systematisches strategisches Vorgehen vor:

- Steigerung des Angebots – von der Ausbildung angefangen
- Verlängerung des Verbleibs im Beruf bei bereits vorhandenem Personal
- Verbesserung des Einsatzes pflegerischer Fähigkeiten und Zusammenarbeit mit anderem Personal
- Unterstützung des Wiedereintritts in den Beruf und
- Überprüfung der Möglichkeiten internationaler Anwerbung unter Berücksichtigung berufsethischer Aspekte.

K: *Eine andere Möglichkeit, das Angebot an Pflegepersonal zu erhöhen, besteht in einer gezielten Lobbyarbeit bei der Regierung.*

Eine andere Möglichkeit, das Angebot an Pflegepersonal zu erhöhen, besteht in einer gezielten Lobbyarbeit bei der Regierung mit dem Ziel, das Ausbildungssystem so ausreichend zu finanzieren, dass die interne Nachfrage gedeckt werden kann, bzw. die Arbeitsbedingungen so zu verbessern, dass es leichter wird, Personal anzuwerben und zu halten. Jedes systematische strategische Vorgehen verlangt Interventionen auf allen Ebenen. Dazu müssen lokale und nationale Strategien entwickelt werden, mit denen ein systemumfassender Ansatz zur Gewährleistung ausreichender Humanressourcen durchgesetzt werden kann.

K: *Der Bedarf an Gesundheitsleistungen ist von Land zu Land verschieden.*

Der Bedarf an Gesundheitsleistungen ist von Land zu Land verschieden. In Ländern, die von großen Krankheitswellen heimgesucht werden, wird das Angebot an Pflegenden sowohl auf Grund von Auswanderung als auch von unerfüllbaren Anforderungen dezimiert. Das lokale Angebot wird also durch Abwanderung beeinträchtigt. In den vergangenen vier Jahrzehnten hat sich die Zahl der MigrantInnen auf internationaler Ebene geradezu verdoppelt (192 Millionen pro Jahr). Immer mehr Krankenschwestern/-pfleger befinden sich in diesem Strom, der sich über den ganzen Globus ergießt. In Australien, Kanada, Großbritannien und den USA machen schon jetzt im Ausland ausgebildete Gesundheitsfachkräfte 25 Prozent der MedizinerInnen und der Pflegenden aus.

Die Verteilung von Pflegenden über die ganze Welt hinweg hat mit der Einführung internationaler Arbeitsmärkte und dem Krieg um Talente und seltene Fähigkeiten zugenommen. Allerdings beinhaltet die Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland keineswegs eine Lösung für die ursprünglichen Probleme bei der Anwerbung/Bindung von Personal, die die Ursache des Mangels in den jeweiligen Ländern sind (Kingma 2006). Es gibt jedoch regional unterschiedliche Situationen, und zwar sowohl über nationale Grenzen hinweg als auch innerhalb einzelner Länder. Allerdings sollte jedes Land über diverse Strategien zur Bekämpfung lokalen Personalmangels verfügen.

Finanzielle Hindernisse

K: *Einer sicheren Personalausstattung wird nicht immer die richtige Aufmerksamkeit zuteil.*

Gesundheitssysteme sind teuer. Viele Interessensgruppen konkurrieren um das Geld, das in diese Systeme fließt. Der Anteil der Ausgaben, der in das Gesundheitswesen fließt, ist in den einzelnen Staaten sehr unterschiedlich. Grob gesehen entstehen die überwiegenden Kosten für die pharmazeutischen, technologischen und medizinischen Leistungen. Weitere Gelder fließen in die stationären und ambulanten Einrichtungen, in denen die pflegerische Versorgung und damit die Frage der sicheren Personalausstattung angesiedelt sind. Da also der Bereich der sicheren Personalausstattung nur einer von vielen in einem breiten Spektrum von Kostenverursachern ist, wird ihm nicht immer die notwendige Aufmerksamkeit zuteil – es sein denn Belange der Patientensicherheit werden in ihn einbezogen.

Nach Spetz (2005) liegt die Hauptursache dafür, dass us-amerikanische Krankenhäuser keine optimale pflegerische Personalausstattung erreichen, darin, dass sie nicht angemessen für die Versorgungsleistungen bezahlt werden, die sie zur Verfügung stellen. Die Krankenhäuser erhalten nur einen geringen finanziellen Ausgleich, wenn sie die Versorgungsqualität erhöhen, obwohl das z. T. hohen Ausgaben erordert. Das heißt in Bezug auf eine angemessene Pflegepersonalausstattung, dass die Ausgaben dafür, auch wenn sie die Versorgungsqualität für die PatientInnen verbessern, von den Einnahmen nicht gedeckt werden können. Dennoch sollten solche Faktoren wie häufiges Fehlen, schneller Personalumschlag und höhere Mortalitätsraten auch berücksichtigt werden, da sie die Kosten für das System und die Gesellschaft kontinuierlich erhöhen.

Fehlende effektive Instrumente zur Messung der Arbeitsbelastung

K: *Die bestehenden Instrumente zur Messung der Arbeitsbelastung messen nicht mehr als 40 Prozent der tatsächlich geleisteten Arbeit von Pflegenden.*

K: *Instrumente zur Messung der Arbeitsbelastung bieten keine vollständige Lösung zur Frage nach einer sicheren Personalausstattung.*

Seit vielen Jahren bemühen sich Pflegende darum, die eigene Arbeit quantifizieren zu können. Die bisherige Forschung in diesem Bereich beschränkte sich überwiegend auf akute Pflegesituation in großen Lehrkrankenhäusern. Deshalb ist man sich darüber einig, dass die bestehenden Instrumente, die jetzt kommerziell eingesetzt werden, nicht mehr als 40 Prozent der Pflegearbeit in einigen Settings erfassen. Obwohl mit Hilfe dieser Instrumente die Aufgaben von Pflegenden identifiziert werden konnten, so sind die meisten dennoch nicht in der Lage, die kognitiven und intellektuellen Anteile an der Arbeit zu erfassen. Wichtige Funktionen wie Koordinierung, Förderung und Entscheidungsfindung sind bisher weder angemessen beschrieben noch quantifiziert worden. Deshalb bieten diese Instrumente zur Messung der Arbeitsbelastung, obwohl sie in der Debatte um eine sichere Personalausstattung immer wieder herangezogen werden, keine geeignete Antwort auf die Frage, wie denn eine solche Ausstattung bemessen sein müsste. In einer Veröffentlichung von 2004 hat der ICN verschiedene Aspekte der Messung der Arbeitsbelastung von Pflegenden zusammengefasst und ist zu folgendem Schluss gekommen: Die Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams und die Erfassung der Mitarbeit der PatientInnen selbst und ihrer Angehörigen erschweren es, irgendwelche Aussagen darüber zu machen, wer eigentlich was tut. Nichtsdestotrotz ist unbestritten, dass professionelle Pflege einen wesentlichen Bestandteil der Gesundheitsversorgung ausmacht (Baumann; Deber; Silverman; Malette 1998).

Kapitel 5

Wie wird es gemacht?

Initiativen zur Einführung einer sicheren Personalausstattung können in vielfältiger Weise unterstützt werden.

Gesetzgebung

In einigen Ländern war man in der Lage, die Gesetzgebung dahingehend zu beeinflussen, die sichere Personalausstattung zu verbessern. So konnte der us-amerikanische Pflegeverband (American Nurses Association, ANA) Vorschläge für eine entsprechende Personalausstattung in das Gesetzgebungsverfahren einbringen (The ANA Talks 2001). Eine veränderte Gesetzgebung wurde notwendig, da auf Grund eines gravierenden Mangels an Pflegekräften bereits einschneidende Folgen zu beobachten waren (z.B. Überstunden, Einschränkungen in der Versorgung und der Sicherheit der PatientInnen). Die Gesetzentwürfe, die im Dezember 2003 in das Repräsentantenhaus eingingen, umfassen:

- Zeugenschutz für Pflegenden, die Missstände anzeigen;
- Sammlung und Veröffentlichung pflegebezogener Daten (z.B. Besetzung von Stellen, wie sie für eine sichere Versorgung notwendig ist);
- Bedarf an besseren Instrumenten, mit denen eine angemessene Personalausstattung und die richtige Mischung unterschiedlich qualifizierter Pflegenden berechnet werden kann.

K: *Gesetzliche Vorgaben für das Verhältnis Pflegekraft zu PatientInnen gibt es im us-amerikanischen Bundesstaat Kalifornien und in Queensland, Australien.*

Eine andere Art des Vorgehens besteht darin, gesetzlich festzulegen, wie das Verhältnis Pflegekraft – PatientInnen auszusehen hat (ICN n.d.). Während es in Belgien nur eine Empfehlung für die Relation Pflegekräfte zu PatientInnen gibt, die von einer minimalen Datenerhebung ausgeht, sind solche Verhältniszahlen im US-Bundesstaat Kalifornien und im australischen Bundesland Queensland tatsächlich gesetzlich verankert (S. Anhang 9). Darüber hinaus wird in 14 weiteren US-Bundesstaaten erwogen, eine ähnliche Gesetzgebung einzuführen (Canadian Federation of Nurses Union, CFNU 2005). Bei der Festlegung solcher Verhältniszahlen wird die maximale Anzahl von PatientInnen bestimmt, die von einer Krankenschwester/einem Krankenpfleger in einer Schicht betreut werden dürfen. Selbstverständlich hängt die Patientenzahl von der jeweiligen Station ab (California Nurses Association, CNA 2003). Die Zahlen für Kalifornien werden auf Grund des Gesetzes 394 berechnet und berücksichtigen die Vorgaben des ANA bezüglich der Personalausstattung in der Pflege (ANA 1999). Die Initiative zu diesem Gesetz entstand, um eine Versorgungskrise zu bewältigen, den Mangel an Pflegekräften zu beheben, die Sicherheit der PatientInnen zu garantieren und die Situation der Pflege in Kalifornien zu verbessern (CNA 2003).

K: *Verschiedene Studien haben sich darum bemüht, die Anzahl von Pflegenden zu berechnen, die für die Betreuung eines Patienten mit je unterschiedlichen Pflegebedarfen notwendig ist. Allerdings hat sich gezeigt, dass solche Berechnungen äußerst komplex sind und selten allgemeingültig sein können.*

Verschiedene Studien haben sich darum bemüht, die Anzahl von Pflegenden zu berechnen, die für die Betreuung eines Patienten mit je unterschiedlichen Pflegebedarfen notwendig ist. Allerdings hat sich gezeigt, dass solche Berechnungen äußerst komplex sind und selten allgemeingültig sein können. Hurst (2002) schlägt für die Berechnung der Anzahl und der Zusammensetzung des Pflegepersonals ein Vorgehen vor, das von einem Algorithmus ausgeht, der die Einschätzung der Berufsangehörigen ebenso einbezieht wie eine Formel zur Kalkulation der Anzahl der Pflegenden pro Schicht bzw. pro Bett, außerdem die Bestimmung der unterschiedlichen Pflegebedarfe von PatientInnen, den Zeitaufwand je Aufgabe und Aktivität und letztlich noch die Regressionsanalyse berücksichtigt. Um diese verschiedenen Berechnungen durchzuführen, muss eine große Anzahl von Daten erhoben und dokumentiert werden, eine Aufgabe, die gerade dann besonders schwierig wird, wenn es zu wenig Personal gibt. In seinem Artikel geht Hurst auch auf die Vor- und Nachteile der genannten Berechnungsmethoden ein. Aber darüber hinaus gibt es noch eine Reihe sehr interessanter Arbeiten, die sich mit den Argumenten für und gegen unterschiedliche Festlegungen des Pflegekraft-Patienten-Verhältnisses auseinandersetzen.

Pro:

- Verschiedene Studien belegen, dass ein besseres Pflegekraft-Patienten-Verhältnis sehr wichtig für die Qualität der Versorgung der PatientInnen ist (Dimick; Swoboda; Pronovost; Lipsett 2001; Sasichay-Akkadechanut; Scalzi; Jawad 2003).
- Verbesserung der Pflegequalität (CFNU 2005);
- Vereinfachung der Anwerbung und Abnahme der Fluktuation von Pflegenden (CFNU 2005; CNA 2003);
- Verbesserung des Wohlbefindens der Pflegenden, bessere Arbeitsmoral, weniger Verletzungen am Arbeitsplatz, größere Arbeitszufriedenheit, weniger Stress (CFNU 2005);
- Verbesserung des Leistungsangebots für die Bevölkerung (CFNU 2005);
- Zunahme des Vertrauens in das öffentliche Gesundheitswesen (CFNU 2005);
- Reduzierung von Eingriffen in die freiwillige Personalplanung (CFNU 2005).

Kontra:

- Es gibt nur wenige Studien, die die Notwendigkeit der Festlegung eines Pflegekraft-Patienten-Verhältnisses für Akutkrankenhäuser klinisch nachweisen können (Bolton et al. 2001; Lang; Hodge; Olson; Romano; Kravitz 2004).
- Die durchgängige Einhaltung einer bestimmten Personalausstattung ist teuer; gesetzliche Vorgaben müssen deshalb von Finanzierungsprogrammen begleitet werden.
- geben weder die Bedarfe der PatientInnen noch die Komplexität der erforderlichen Pflege genau wider (CFNU 2005);
- dienen nur als sehr grobes Instrument für die Bemessung des Personalbedarfs;
- berücksichtigen folgende Faktoren nicht: Veränderungen der Pflegebedarfe der PatientInnen, Umstrukturierungen in Pflegeteams, den Einsatz von Hilfspersonal und anderen Pflegeanbietern als qualifizierte Pflegekräfte, die Nutzung technischer Hilfsmittel (CFNU 2005);
- kann spezifische Arbeitsplatzprobleme nicht erfassen und ist in vielen internationalen Kontexten irrelevant.

K: *In einer Studie konnte nachgewiesen werden, dass sich ein Verhältnis von 4:1 (PatientInnen : Pflegekraft) kostensenkend auswirkt und die Mortalitätsraten senkt.*

Wie aber soll man eine sichere Relation von Pflegenden zu PatientInnen bestimmen? Eine Studie konnte nachweisen, dass Relationen von 8:1 bis 4:1 (PatientInnen : Pflegekraft) sich kostensenkend auswirken. Allerdings wurde gleichzeitig festgestellt, dass ein Verhältnis von 8:1 zwar am kostengünstigsten ist, aber auch eine höhere Mortalitätsrate beinhaltet. Infolgedessen kam man zu dem Schluss, dass eine Relation von 4:1 der Patientensicherheit dient und gleichzeitig noch kostengünstig ist (Rothenberg; Abraham; Lindauer; Rose 2005). Solche Relationen hängen jedoch von einer Vielzahl von Faktoren ab. Dazu gehören insbesondere die besondere Situation der PatientInnen und der daraus folgende Pflegebedarf. Auch die Überlegungen zur Kostenfrage variieren mit den unterschiedlichen Trägern, also Krankenhäusern, Gesundheitssystem, Gesellschaft.

Fachgerechte Einschätzung

K: *Vielfach wird vorgeschlagen, dass die Institutionen des Gesundheitswesens anstelle gesetzlich vorgegebener Personalquoten selbst bestimmen, was für sie die sichere Personalausstattung ist.*

Vielfach wird vorgeschlagen, dass die Institutionen des Gesundheitswesens anstelle gesetzlich vorgegebener Personalquoten selbst bestimmen, was für sie die sichere Personalausstattung ist. Dabei sind der Schweregrad der Erkrankung, das Verhältnis Pflegekraft zu PatientInnen und die Zusammensetzung des Personals zu berücksichtigen. Auch der ANA spricht sich für die fachgerechte Einschätzung bei der Festlegung einer sicheren Personalausstattung aus. Das wird aus dem Gesetzgebungsverfahren zur sicheren Personalausstattung deutlich, das 2004 schließlich im Erlass eines Gesetzes zur Sicherung der Pflegequalität mündete. Dieses Gesetz beruht auf den Grundlagen zur sicheren Personalausstattung des ANA. In diesen wird gefordert, dass Methoden der sicheren Personalausstattung den Input von Pflegenden aus der unmittelbaren Praxis ebenso einbeziehen wie die Anzahl der PatientInnen, die Berufserfahrung der Pflegenden auf einer Station, den Schweregrad der Erkrankung der PatientInnen und die Verfügbarkeit von unterstützenden Systemen und Ressourcen (ANA 1999; Artz 2005; Donellan 2003; „Safe Staffing Initiatives“ 2004).

Fachgerechte Rahmenrichtlinien

K: *Es ist möglich, dass Pflegende in ihren Heimatländern keine geeigneten Richtlinien vorfinden, die die Realisierung einer angemessenen Personalausstattung unterstützen könnten.*

Es ist möglich, dass Pflegende in ihren Heimatländern keine geeigneten Richtlinien vorfinden, die die Realisierung einer angemessenen Personalausstattung unterstützen könnten. Deshalb stellen Organisationen wie der ICN Richtlinien für das Angebot von Pflege zur Verfügung (ICN 2004). Mit diesen und ähnlichen Dokumenten werden gesunde Arbeitsbedingungen und eine angemessene Anzahl von Pflegenden gefordert (ICN 2002). Im Idealfall wird es auch auf lokaler Ebene Richtlinien und Orientierungshilfen für die berufliche Praxis wie für ‚best practice‘ geben, die alle gemeinsam die Bedeutung der beruflichen Pflege und die erforderliche Unterstützung im Hinblick auf berufliche Rahmenbedingungen und die Personalausstattung hervorheben (Pan American Health Organization 2004; WHO 2002). Da, wo solche Dokumente fehlen, sind die Pflegenden auf externe Berichte angewiesen, mit denen sie ihre Argumente für eine sichere

Personalausstattung untermauern können. Auf den Webseiten der verschiedenen Organisationen finden sich jede Menge Information in vielen verschiedenen Sprachen.

Kapitel 6

Die Rolle der nationalen Berufsverbände der Pflege

Forschung

Die nationalen Berufsverbände der Pflege haben einen großen Einfluss auf die Gestaltung lokaler, nationaler und internationaler Forschungsprioritäten. Sie entscheiden, was die wichtigsten Forschungsbereiche sind und wo es die gravierendsten Informationsdefizite gibt. Als Teil der Netzwerke, die auch die Forschung und Bildungseinrichtungen umschließen, stellen sie eine wichtige Quelle für Daten und Fachwissen dar; manchmal geben sie auch die Richtung für Forschungsprojekte vor. Die Pflegeverbände sind glaubwürdige Sozialpartner und wichtige Ansprechpartner in Bezug auf die Gewährung von Stipendien und für die Beschaffung von Daten und Analysen.

Strategieentwicklung

Handlungsorientierte Führungspersonen in der Pflege kennen nicht nur die realen Bedingungen in ihrem Handlungsfeld, sondern sind außerdem ExpertInnen, wenn es um die Lösung von Problemen geht. Viele Beteiligte am Gesundheitswesen ebenso wie die Pflegenden erwarten von den nationalen Berufsverbänden Führungsqualitäten und effiziente Strategien zur Behebung des eklatanten Pflegepersonalmangels, der zur Zeit in vielen Ländern der Welt Realität ist. Mittlerweile haben einige Berufsverbände Akkreditierungsprozesse für Institutionen der Gesundheitsversorgung umgesetzt, für die die sichere Personalausstattung ein wichtiges Kriterium darstellt. Auf Grund von solchen strategischen Vorgehensweisen haben die nationalen Verbände eine ganz neue Funktion wahrnehmen können, wodurch sich ihre Bedeutung im Gesundheitswesen entscheidet vergrößert.

Häufig sind VertreterInnen der nationalen Berufsverbände auch aktive Vorstandsmitglieder der nationalen Regulierungsbehörde. In einigen Ländern übernimmt der nationale Berufsverband sogar selbst die Funktion der Regulierungsbehörde für den Pflegeberuf. Da, wo diese beiden Funktionen zusammenfallen, entwickeln die Berufsverbände Rahmenrichtlinien zur Patientensicherheit, in denen die Frage der sicheren Personalausstattung enthalten sein sollte. Außerdem sollten mit diesen Richtlinien Mechanismen zur Durchsetzung und Kontrolle des Konzeptes einer sicheren Personalausstattung eingeführt werden. Darüber hinaus liefert das Pflegeregister, wenn es denn ein ‚lebendiges‘ Verzeichnis ist, wertvolle Daten zu Qualifikationen und Fluktuation von Pflegenden.

Anwaltschaft

K: *Die nationalen Berufsverbände der Pflege spielen eine zentrale Rolle als Anwälte für gesunde Arbeitsbedingungen und die Umsetzung einer sicheren Personalausstattung.*

Die nationalen Berufsverbände der Pflege spielen eine zentrale Rolle als Anwälte für gesunde Arbeitsbedingungen und die Umsetzung einer sicheren Personalausstattung. Diese Funktion können sie sowohl auf nationaler Ebene als auch im Bereich spezieller Interessensgruppen oder spezialisierter Pflegegruppen ausüben. Ein solches Beispiel nennt Adkinson (2004), der sich mit einem Positionspapier der Gesellschaft für pädiatrische Pflege (Society of Pediatric Nurses, SPN) auseinandersetzt, in dem man sich für angemessene Stellenbesetzungen auf pädiatrischen Stationen ausspricht. Diese Empfehlungen basieren auf Untersuchungen, die eine erhöhte Morbidität und Mortalität bei PatientInnen nachweisen, wenn kein adäquates Personal vorhanden ist. Auch der Pflegeverband von North Carolina

(North Carolina Nurses Association 2005) hat ein Positionspapier zur sicheren Personalausstattung herausgegeben, in dem man sich dafür ausgesprochen hat, alle Bemühungen um die Durchsetzung des Konzeptes der sicheren Personalausstattung zu unterstützen. Außerdem unterstützt der Verband das us-amerikanische Gesetz zur sicheren Personalausstattung und die ANA-Grundlagen einer sicheren Personalausstattung (S. Anhang 5). Des Weiteren betont er, dass sich die Ergebnisse einer sicheren Personalausstattung insbesondere an der Versorgung der PatientInnen, dem Berufsverbleib der Pflegenden und organisatorischen Verbesserungen ablesen lassen.

Vertretung der Pflege

K: *Die nationalen Berufsverbände sind verpflichtet, ihre Mitglieder gegenüber Gerichten oder der Regulierungsbehörde zu vertreten und zu verteidigen.*

In Gesellschaften, in denen Schadensersatzprozesse zunehmen, werden Pflegenden immer öfter strafrechtlich oder finanziell für Versorgungsfehler zur Verantwortung gezogen, die mehr durch ein schlecht funktionierendes Gesundheitssystem (z.B. auf Grund von zu wenig besetzten Stellen) verursacht werden als durch individuelles Fehlverhalten. In diesen Fällen sind die nationalen Berufsverbände verpflichtet, ihre Mitglieder gegenüber Gerichten oder der Regulierungsbehörde zu vertreten und zu verteidigen.

Einigen Verbänden ist es bereits gelungen, Zeugenschutzgesetze für Pflegenden einzufordern, die riskante Praxen dann anzeigen, wenn interne Versuche, die Probleme zu lösen, gescheitert sind. Damit kann den Betroffenen Unterstützung zuteil werden, bevor es zu einer ernsthaften Krise kommt.

Verhandlungen

In Bezug auf den eklatanten Mangel an Pflegepersonal wird eine vernünftige Planung der Humanressourcen oft als das beste Mittel zur Behebung der Probleme angeführt. In diesem Zusammenhang übernehmen die Berufsverbände eine entscheidende Funktion: Sie setzen sich für die Pflege und die Pflegenden ein, führen Verhandlungen über die notwendige Zahl von Pflegenden, die in das Berufsleben eintreten sollten (d.h. sie verhandeln über die Rolle der Auszubildenden/Studierenden, über staatliche Unterstützung und Stipendien) und setzen sich dafür ein, dass das Arbeitsumfeld so gestaltet wird, dass kompetente und erfahrene Pflegekräfte im Beruf bleiben und dem Gesundheitswesen nicht verloren gehen (d.h. sie fordern eine sichere Personalausstattung).

Weltweit sind die nationalen Berufsverbände direkt oder indirekt damit beschäftigt, die Bedingungen für die Pflegearbeit auszuhandeln. Tarifverträge, die eine sichere Personalausstattung zum Gegenstand haben, sind gesetzlich verbindliche Instrumente, mit denen sowohl eine akzeptable Arbeitsbelastung als auch die Sicherheit der PatientInnen durchgesetzt werden kann. Verhandlungen finden aber nicht allein im Arbeitsumfeld statt, sondern auch auf parlamentarischer Ebene. Wie bereits erwähnt, sind sowohl auf Länder- als auch Bundesebene Gesetze verabschiedet worden, mit denen Maßnahmen zur Sicherung einer angemessenen Personalausstattung eingeführt wurden. So etwas wäre ohne die andauernden, effizienten Verhandlungen, die die betreffenden nationalen Berufsverbände geführt haben, nicht denkbar gewesen. Zur Durchsetzung einer sicheren Personalausstattung ist ein vielschichtiger und vielseitiger Ansatz gefragt, dazu müssen die nationalen Berufsverbände ihre eigenen Ressourcen und die ihnen zur Verfügung stehenden Netzwerke mobilisieren.

Kapitel 7

Empfehlungen

K: Auch wenn die Bedingungen in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung sehr unterschiedlich sind, so ist doch der Bedarf an einer angemessenen Personalausstattung überall derselbe.

Zum einen hat die unzureichende Personalausstattung in einigen Bereichen bereits kritische Ausmaße erreicht; zum anderen hat die Beschäftigung mit Konzepten einer sicheren Personalausstattung viele Aspekte der Krankenversorgung neu beleuchtet. Es werden immer mehr Fakten angehäuft, die der Forderung nach einer angemessenen pflegerischen Personalausstattung Substanz verleihen, da sie nachweisen, dass diese für die Zurverfügungstellung von Pflege unerlässlich ist. Auch wenn die Bedingungen in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung sehr unterschiedlich sein können, so ist doch der Bedarf an einer angemessenen Personalausstattung überall derselbe. Der Bedarf geht auf jeden Fall über das Minimum hinaus, mit dem eine unter allen Standards liegende Pflege bereit gestellt werden könnte; vielmehr spiegelt er, wie notwendig eine angemessene Personalausstattung für eine optimale Versorgung der PatientInnen ist. Nachfolgend findet sich eine Anleitung dafür, wie sich die Unterstützung für die sichere Personalausstattung verbreitern lässt. Diese Empfehlungen richten sich an Berufsverbände.

1. Stellen Sie das Ausmaß des Problems fest.
2. Definieren Sie, wie sichere Personalausstattung in Bezug auf den Versorgungsbedarf der PatientInnen aussehen muss.
3. Sammeln Sie die relevanten Daten.
4. Setzen Sie ein Bewertungsinstrument ein, um die einzelnen Aspekte genauer beschreiben zu können.
5. Entwickeln Sie ein Kommunikationskonzept, mit dem Sie Entscheidungsprozesse beeinflussen können.
6. Setzen Sie die vorliegende Materialsammlung ein, um Hintergrundinformationen für die Unterstützung von Initiativen zur sicheren Personalausstattung bereit stellen zu können.
7. Beteiligen Sie sich auf Regierungsebene an der Planung von Humanressourcen und der Entwicklung von Strategien für das Gesundheitswesen.
8. Unterstützen Sie Studien, die die Folgen veränderter Strategien einschätzen, so dass Sie über die Konsequenzen beabsichtigter oder realisierter Veränderungen für die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsleben und für die Patientensicherheit informiert sind.
9. Fordern Sie von den Arbeitgebern Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und eine angemessene Personalausstattung.
10. Informieren Sie die Öffentlichkeit über die Bedeutung der Pflege im Gesundheitswesen.
11. Machen Sie mit bei lokalen Initiativen zur Durchsetzung gesundheitserhaltender Arbeitsbedingungen für Pflegende.

**Materialsammlung zum Thema
Sichere Personalausstattung sichert Leben**

Instrument zur Bewertung der Personalausstattung in der Pflege

Arbeitsbedingungen/Einrichtung, Unternehmen

- Stellt die Einrichtung/das Unternehmen eine angemessene (technische) Ausstattung zur Verfügung, so dass eine ausreichende Versorgung der PatientInnen gewährleistet werden kann?
- Verfügt die Einrichtung/das Unternehmen über adäquate Gebäude und funktionsgerecht eingerichtete Abteilungen, in denen das Personal seine Arbeit ausüben kann?
- Gibt es Strategien/Anleitungen, die eine sichere Personalausstattung zum Gegenstand haben? Wird deren Umsetzung überprüft? Werden diese Strategien/Anleitungen regelmäßig überprüft und angepasst, wenn nötig? Sind formale Beschwerdeinstanzen etabliert?
- Gibt es eine eindeutige und einflussreiche pflegerische Führung auf der höchsten Entscheidungsebene, die als gleichberechtigtes Mitglied an den Unternehmens- und Strategieplanungen beteiligt ist?
- Werden die Pflegenden angemessen für ihre Arbeit bezahlt? Sind die Arbeitsbedingungen attraktiv genug für neue Bewerberinnen und um erfahrene Kräfte zu halten?

Pflegende

- Setzt sich das Pflegepersonal aus Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifikationen zusammen?
- Wird bei der Festlegung des Arbeitsumfangs für eine Pflegende auch die unterschiedliche Komplexität der jeweiligen Erkrankung berücksichtigt?
- Gibt es regelmäßige Evaluationen der Arbeitsbelastung? Werden die Fort- und Weiterbildung und die Aufgaben als Anleiterin dabei berücksichtigt?

Regierung

- Gibt es von Seiten der Regierung Strategien, mit denen gewährleistet werden kann, dass das Angebot verfügbarer Pflegekräfte ausreicht, um den Pflegebedarf der Bevölkerung zu decken?
- Gibt es Rahmenrichtlinien für die Planung der Humanressourcen im Gesundheitswesen?
- Gibt es eine Mischung von anerkanntem Gesundheitspersonal und arbeiten diese Personen miteinander?
- Bestehen vorbeugende Maßnahmen in Bezug auf die Verlängerung der Verbleibs im Beruf und hinsichtlich der Einwanderungspolitik, um drohenden Pflegepersonal-mangel abzuwenden?
- Beteiligt sich die Regierung an der Finanzierung und Überwachung des Gesundheitssystems?
- Stellt die Regierung Rahmenrichtlinien zur Verfügung, mit denen die Praxis einer sicheren Personalausstattung abgesichert wird?
- Führt die Regierung Untersuchungen zur Folgenabschätzung durch, bevor sie Gesetze initiiert, die Einfluss auf den Arbeitskräftebedarf haben können?
- Erhalten Pflegende eine angemessene Entlohnung für ihre Arbeit?

Nationale Berufsverbände der Pflege

- Unterstützt der nationale Berufsverband Akkreditierungsprozesse für Einrichtungen und Unternehmen im Gesundheitswesen, bei denen die sichere Personalausstattung ein wichtiges Kriterium darstellt?
- Setzt sich der nationale Verband für Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ein?
- Bemüht sich der Verband darum, die Beteiligten am Gesundheitswesen, Arbeitgeber eingeschlossen, über die Praxis der sicheren Personalausstattung für Pflegenden ausreichend aufzuklären?
- Unterstützt der Verband die berufliche Weiterentwicklung von Pflegekräften und bietet er entsprechende Maßnahmen an?
- Werden Verbindungen zu Patientenorganisationen oder Organisationen anderer Gesundheitsberufe mit dem Ziel hergestellt, angemessene Lösungen zu Fragen der Arbeitsbelastung herbeizuführen?
- Beteiligt sich der Berufsverband an der Festlegung von Forschungsprogrammen und der Bewertung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Pflegepersonals?

Bildungseinrichtungen

- Übernehmen die Bildungseinrichtungen die Verantwortung dafür, Curricula anzubieten, die den Pflegenden die Kompetenzen vermitteln, die zur Bewertung, Planung, Einführung und Evaluation von Pflege erforderlich sind und mit denen außerdem Informationen über Fragen der Arbeitsbelastung vermittelt werden?
- Bieten die Bildungseinrichtungen einen flexiblen Zugang zur Bildung, so dass Anwerbung und Verlängerung des Berufsverbleibs Unterstützung damit verbessert werden können?
- Sind die Lehrenden an der Diskussion über das lokale Angebot an Pflegekräften und an den allgemeinen Strategieentwicklungen beteiligt?

Regulierungsbehörden

- Führen die Regulierungsbehörden regelmäßige Überprüfungen des Spektrums der angebotenen Leistungen und der Kompetenzen durch, die für eine zeitgemäße Pflege erforderlich sind?
- Werden die Daten, die aus den Registrierungsunterlagen hervorgehen, kontinuierlich genutzt, um Entscheidungen bezüglich der Personalplanung vorzubereiten und um die Erfolge jener Initiativen zu bewerten, mit denen neues Personal angeworben bzw. vorhandenes Personal gehalten werden sollten?
- Führt die Behörde regelmäßige Analysen durch, um die Trends bei Beschwerden, bei Gesundheitsverhalten und beruflichen Verhaltensweisen zu erkennen, damit sie die Arbeitgeber und die Regierung über anstehende Fragen und Probleme in Bezug auf das Pflegepersonal informieren kann?
- Gibt es einen kontinuierlichen Informationsaustausch mit solchen Sektoren wie Bildungs- und Gesundheitswesen und den Gewerkschaften?

Sichere Personalausstattung: Was Pflegende tun können

- Setzen Sie sich am eigenen Arbeitsplatz, in der Kommune und auf nationaler Ebene für eine sichere Personalausstattung und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ein. Schreiben Sie E-Mails und/oder Briefe oder besuchen Sie Regierungseinrichtungen und klären Sie VertreterInnen der Regierung, ManagerInnen im Gesundheitswesen, Verantwortliche in der Kommune und andere EntscheidungsträgerInnen und Organisationen mit Einfluss auf die Pflege über das Konzept der sicheren Personalausstattung auf. Sprechen Sie Empfehlungen für ein Verhältnis von Pflegenden und PatientInnen aus, das den lokalen und institutionellen Anforderungen entspricht. Beziehen Sie eine sichere Personalausstattung in die Tarifverhandlungen ein. Zeigen Sie auf, wie wichtig eine sichere Personalausstattung für die Sicherheit der PatientInnen ist und welche Qualität von Pflege Sie anbieten können, wenn genügend Personal vorhanden ist.
- Stellen Sie sicher, dass Pflege ein Mitspracherecht erhält, indem Sie sich an der lokalen und nationalen Ressourcenplanung, am Gesundheitsmanagement und der Entwicklung des Gesundheitswesens beteiligen. Setzen Sie diese Informationssammlung ein, um Hintergrundinformationen zur Unterstützung entsprechender Initiativen bereitstellen zu können. Sorgen Sie dafür, dass verfügbare Daten auch tatsächlich bei der Planung des Personaleinsatzes berücksichtigt werden bzw. bei der Bewertung von Aktivitäten zur Gewinnung von neuem Personal und der Verhinderung von Fluktuation zur Hilfe genommen werden.
- Erarbeiten und verbreiten Sie ein Positionspapier, eine Informationssammlung und eine Pressemitteilung zu Fragen der sicheren Personalausstattung und der Patientensicherheit (s. Beispiel im Anhang 3). Veröffentlichen Sie diese Dokumente im Newsletter oder in der Zeitschrift ihres Verbandes und senden Sie sie an lokale und nationale Presseagenturen, so dass sie einem größeren Publikum bekannt gemacht werden.
- Definieren Sie das Spektrum der Aufgabengebiete von Pflegenden und anderen Mitgliedern in Teams der Gesundheitsversorgung. Zeigen Sie die spezifischen und die allen gemeinsamen Kompetenzen auf. Setzen Sie sich dafür ein, dass Aufgabengebiete und Kompetenzen regelmäßig daraufhin überprüft werden, ob sie noch den Ansprüchen einer optimalen Versorgung genügen.
- Suchen Sie Unterstützung bei anderen Berufsgruppen. Gehen sie Partnerschaften mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ein. Organisieren Sie Veranstaltungen zur Sicherheit der PatientInnen und der Öffentlichkeit, um Informationen über eine sichere Personalausstattung zu verbreiten. Bereiten Sie einen Vortrag für Ihre Kirchengemeinde, Ihre Frauengruppe oder Ihre Heimatgemeinde und anderen vor, in dem sie die Bedeutung einer sicheren Personalausstattung und angemessener Relationen von PatientInnen und Pflegenden herausstellen.
- Geben Sie Anzeigen auf, um in Ihrer Tageszeitung für eine sichere Personalausstattung in der Pflege zu werben. Damit erreichen Sie die allgemeine Öffentlichkeit, aber auch die Stadtregierung und das Krankenhausmanagement. Verteilen sie Broschüren und Poster, organisieren Sie Pressekonferenzen, Radio- oder Fernsehinterviews.
- Sammeln Sie Daten für ‚best practice‘ und unterstützen Sie entsprechende Forschungsvorhaben. Machen Sie Forschungsergebnisse zur sicheren Personalausstattung bekannt. Führen Sie Untersuchungen zur Patientensicherheit und zur Sicherheit der Beschäftigten durch, wenn Veränderungen geplant oder eingeführt werden, die den Gesundheitssektor betreffen.
- Vergeben Sie Preise für Gesundheitseinrichtungen, die das Konzept einer sicheren Personalausstattung einführen.
- Kämpfen Sie für einen flexiblen Zugang zu Fort- und Weiterbildungen und für eine Modifizierung der Curricula, so dass Pflegende die Kompetenzen erwerben, die sie für die Bewertung, Planung, Einführung und Evaluation der Pflege benötigen.

- Unterstützen Sie das Management, wenn es sich in den Bereichen Personalplanung, -management und -entwicklung verbessern will.
- Machen Sie diese Informationssammlung über die Webseite Ihres Berufsverbandes, über Telefonkonferenzen und Workshops bekannt. Geben sie es auch an andere Organisationen weiter. Mit Hilfe von Internet- oder E-Mail-Aufrufen können unterschiedliche Zielgruppen über diese Informationssammlung und ihre Abrufbarkeit im Internet informiert werden.

Beispiel für eine Pressemitteilung:

Sichere Personalausstattung im Gesundheitswesen sichert Leben und spart Geld

Genf, 12. Mai 2006: Der Personalmangel in vielen Bereichen des Gesundheitswesens erreicht weltweit kritische Ausmaße. Erwiesenermaßen wird das zu einer Verlängerung der Verweildauer im Krankenhaus, zu steigenden Morbiditäts- und Mortalitätsraten und zu einer Zunahme prekärer Situationen in der Versorgung führen. So liegt eine Studie vor, die nachweist, dass die Erhöhung der Zahl der von einer Pflegekraft betreuten PatientInnen von vier auf sechs die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 30 Tagen nach der Einweisung ins Krankenhaus zu sterben, um 14 Prozent erhöht.¹ In der Praxis betreuen Pflegenden aber zumeist wesentlich mehr als sechs PatientInnen am Tag. Anlässlich des Internationalen Tags der Pflege fordern Pflegenden in der ganzen Welt grundlegende Richtlinien, die dazu beitragen, dass der Personalplanung im Gesundheitswesen mehr Aufmerksamkeit geschenkt und angemessene Pflegekraft-Patienten-Relationen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens eingeführt werden.

Zweifellos ist die Anzahl der zur Verfügung stehenden Beschäftigten im Gesundheitswesen von großer Bedeutung. „Der Beweis dafür zeigt sich schon darin, dass der Gesundheitszustand einer ganzen Bevölkerung von einem angemessenen Pflegeangebot beeinflusst wird. Eine bessere Ausstattung mit Pflegepersonal (und zwar sowohl hinsichtlich der Quantität als auch hinsichtlich der unterschiedlichen Qualifikationen) geht einher mit sinkenden Sterberaten und einer kürzeren Verweildauer im Krankenhaus. Damit werden Leben gesichert und Geld gespart.“ Stellte Hiroko Minami, Präsidentin des International Council of Nurse (ICN) fest. „Eine sichere Personalausstattung führt zu Abnahme von u.a. Fehlern bei der Medikamentengabe, von postoperativen Harnwegsinfektionen, gastro-intestinalen Blutungen, Stürzen, Lungenentzündungen und Schocks. Der aktuelle weltweite Pflegepersonalnotstand stellt die Erreichung der Ziele, die man sich für dieses Jahrtausend vorgenommen hat, in Frage.“

Ein ungünstiges Pflegekraft-Patienten-Verhältnis hat nicht nur negative Folgen für die PatientInnen, sondern auch für die Pflegenden. Sie erleben viel eher emotionale Erschöpfung, Stress, Arbeitsunzufriedenheit und Burnout. Pflegenden, die regelmäßig Überstunden leisten oder ohne ausreichende Unterstützung arbeiten müssen, neigen viel stärker zu Fehlzeiten und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Damit schwächen sie das Gesundheitssystem, das doch den Bedarf der Bevölkerung decken sollte.

Die Gesundheitssysteme der verschiedenen Länder sind sehr unterschiedlich, dennoch ist ihnen eines gemeinsam, der Bedarf an einer angemessenen Personaldecke. Das bedeutet jedoch mehr als nur das Minimum an Beschäftigten, mit dem eine unter dem Standard liegende Versorgung erbracht werden kann. Pflegenden und ihre Berufsverbände, aber auch die anderen Beteiligten am Gesundheitswesen müssen bestimmen, wie eine sichere Personalausstattung auszusehen hat, und zwar insbesondere im Hinblick auf die Bedarfe der PatientInnen. Deshalb sind sie aufgefordert, relevante Daten über das Arbeitskräftepotenzial und die medizinischen Erfordernisse zu sammeln, die Bedeutung einer angemessenen Personalausstattung öffentlich darzulegen, Bündnisse zur Unterstützung des Konzeptes einer solchen Personalausstattung einzugehen, Studien zur Bewertung der Folgen des Personaleinsatzes durchzuführen und einen Kommunikationsplan zu entwickeln, mit dessen Hilfe entsprechende Entscheidungen beeinflusst werden können. Um Pflegenden, KrankenhausmanagerInnen, Regierungen und die allgemeine Öffentlichkeit über dieses komplexe Thema zu informieren, hat der ICN eine Informations- und Materialsammlung zum

¹ Aiken, L.; Clarke, S.; Sloane, D.; Sochalski, J.; Silber, J. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA. 288, 1987-1993.

Thema sichere Personalausstattung zusammengestellt, Sichere Personalausstattung sichert Leben, die im Internet (www.icn.ch) abgerufen werden kann.

Hinweis für Redaktionen:

Der International Council of Nurses (ICN) ist ein Zusammenschluss von 129 Berufsverbänden der Pflege, die weltweit Millionen von Pflegenden vertreten. Unter dem Motto ‚Von Pflegenden für Pflegende‘ stellt der ICN seit 1899 die internationale Vertretung der Pflegeberufe dar und setzt sich weltweit für eine hervorragende Pflegequalität und eine angemessene Gesundheitspolitik ein.

Weitere Informationen: Linda Carrier-Walker, tel.: +41 22 908 0100, Fax: +41 22 908 0101
E-Mail: carrwalk@icn.ch ICN im Internet: www.icn.ch

Wussten Sie schon ...? Fakten zur sicheren Personalausstattung

- Das Konzept einer sicheren Personalausstattung beinhaltet, dass eine angemessene Zahl von Pflegekräften mit unterschiedlichen Qualifikationen rund um die Uhr zur Verfügung steht, um zu garantieren, dass die Bedürfnisse der PatientInnen erfüllt werden und sichere Arbeitsbedingungen gewährleistet sind.
- In den USA sterben jährlich ca. 98.000 Menschen auf Grund medizinischer Fehler in Krankenhäusern (Das sind mehr als in Folge von Unfällen, Brustkrebs oder AIDS sterben.). Eine wesentliche Ursache dafür sind unzureichende Personalausstattungen und eine zu hohe Arbeitsbelastung.
- Eine bessere Zusammensetzung des Personals aus unterschiedlich qualifizierten Pflegekräften führt zu sinkenden Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei den PatientInnen, zu weniger unbeabsichtigten Vorkommnissen, zur Verkürzung der Verweildauer und zu größerer Zufriedenheit der PatientInnen. Für die Pflegenden bedeutet das größere Arbeitszufriedenheit, weniger Stress und Burnout. Außerdem verringern sich die Fehlzeiten, und die Fluktuation des Personals nimmt ab. Insgesamt werden so die Kontinuität und die Qualität der Pflege positiv beeinflusst.
- Auf einer AIDS-Station senkte der Einsatz einer zusätzlichen Pflegenden pro Patiententag die Sterberate innerhalb der ersten 30 Tage im Krankenhaus um 50 Prozent.
- Wie die Forschung zeigt, führt der Einsatz von weniger Pflegepersonal in den Nachtschichten dazu, dass häufiger postoperative Atemwegserkrankungen, mehr Stürze und eine geringere Patientenzufriedenheit mit dem Schmerzmanagement zu verzeichnen sind.
- Auf einer chirurgischen Station konnte nachgewiesen werden, dass jeder Patient, den eine Pflegenden zusätzlich zu den von ihre betreuten vier PatientInnen versorgen musste, das Risiko in den ersten 30 Tagen im Krankenhaus zu sterben um 7 Prozent erhöhte; die Zahl der nicht erfolgreichen Wiederbelebungsversuche stieg dadurch ebenfalls um 7 Prozent an.
- Eine sektionsübergreifende Analyse von medizinischen und chirurgischen PatientInnen zeigte, dass ein größer Anteil und eine größere Anzahl von Pflegestunden, die von qualifiziertem Personal erbracht wurden, die Verweildauer der PatientInnen verkürzte. Des Weiteren ging die Zahl von Infektionen des Harntraktes, gastro-intestinalen Blutungen, Lungenentzündungen, Schock und Herzstillstand zurück. Außerdem stieg die Anzahl erfolgreicher Wiederbelebungsversuche.
- Eine sichere Personalausstattung ist kostengünstig für einzelne, für das Gesundheitssystem und für die Gesellschaft. Einrichtungen/Unternehmen im Gesundheitswesen, die eine ausreichende Zahl von MedizinerInnen und Pflegenden beschäftigen, nutzen ihre gute Personalausstattung als Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Anbietern.
- In Zeiten von Pflegenotständen beinhaltet das Konzept der sicheren Personalausstattung einen überzeugenden Anreiz, im Beruf zu bleiben oder wieder in ihn zurückzukehren, und ist damit gleichzeitig eine sinnvolle Strategie für die Gewinnung neuen Personals.
- Schadensersatzklagen nehmen in solchen Einrichtungen/Unternehmen zu, die eine unzureichende Infrastruktur und Personalausstattung aufzeigen.
- Richtlinien zur Personalplanung im Gesundheitswesen stellen eine wichtige Entscheidungshilfe bei der Stellenbesetzung in der Pflege dar.

**Amerikanischer Berufsverband für Pflege (American Nurses Association, ANA)
Grundlagen einer sicheren Personalausstattung**

Matrix für die Entscheidungsfindung bezüglich der Personalausstattung

Aspekte	Definitionen
PatientInnen	Charakteristika der PatientInnen und Anzahl der PatientInnen, die pflegerisch versorgt werden müssen
Arbeitsintensität auf der Station, für einzelne Pflegende	Intensität, mit der einzelne PatientInnen betreut werden müssen; Arbeitsintensität auf der Station (wobei die Heterogenität des Umfeldes berücksichtigt werden sollte); Vielfältigkeit der Pflege; Aufnahmen, Entlassungen, Umlegungen; Größe
Rahmenbedingungen	Architektur (Verteilung der PatientInnen, Größe und Einrichtung der Patientenzimmer, Anordnung der gesamten Station usw.); Technologien (Pieper, Handys, Computer); Patienten auf einer Station oder über mehrere Stationen verteilt
Fachlichkeit	Lernstatistik einzelner oder von Gruppen von Pflegenden;
	Zusammenhalt, Kontinuität und Zusammensetzung des Personals; Fortbildung in anderen Gebieten; Überprüfung der Praxis; Engagement bei Aktivitäten zur Qualitätssicherung; berufliche Erwartungen; berufliche Vorbereitung und Erfahrung

Grundlagen einer sicheren Personalausstattung

Die nachfolgend aufgeführten neun Grundregeln wurden von einem Expertengremium für Pflegepersonal aufgestellt und vom Vorstand des ANA am 24. November 1998 verabschiedet:

In Bezug auf Pflegestationen

1. Eine angemessene Personalausstattung für eine Pflegestation ergibt sich aus der Analyse individueller und aggregierter Patientenbedürfnisse.
2. Das Konzept, Pflegezeit anhand der Patiententage (Verweildauer) im Krankenhaus zu errechnen, ist dringend revisionsbedürftig, wenn es nicht gar abgeschafft werden sollte.
3. Bei der Festlegung der Personalausstattung müssen die Funktionen, die die Stationen als Ganze zur Unterstützung der zu erbringenden Pflege leisten, berücksichtigt werden.

In Bezug auf das Personal

4. Der besondere Pflegebedarf, der sich aus den unterschiedlichen Patientengruppen ergibt, sollte die Kompetenzen bestimmen, über die eine Pflegekraft, die in diesem Bereich arbeitet, verfügen sollte.
5. Die Pflegekräfte müssen die volle Unterstützung des Pflegemanagements haben, das sie außerdem sowohl auf der operationalen als auch auf der Verwaltungsebene angemessen vertreten sollte.
6. Es muss gewährleistet sein, dass Pflegenden mit weniger Berufserfahrung immer auf die Unterstützung von erfahrenen Krankenschwestern/-pflegern zurückgreifen können.

In Bezug auf die Einrichtung/das Unternehmen

7. Die interne Politik einer Einrichtung/eines Unternehmens sollte ein Betriebsklima aufbauen, in dem beruflich Pflegenden und andere Beschäftigte als strategische Größe geschätzt werden; außerdem sollte sie ernsthaft daran arbeiten, die im Stellenplan vorgesehenen Positionen immer zügig zu besetzen.

8. In allen Einrichtungen/Unternehmen sollten die Qualifikationen der Beschäftigten dokumentiert werden, auch die von Zeitarbeitskräften, Aushilfen und kurzzeitig Beschäftigten, und zwar Qualifikationen für die Aufgaben, die sie durchführen dürfen.
9. Die Einrichtungen/Unternehmen sollten die vielfältigen Bedarfe von PatientInnen, aber auch von Pflegekräften anerkennen.

Methoden zur Bestimmung von Größe und Zusammensetzung von Pflegeteams auswählen und anwenden

Übernommen aus der Zusammenfassung: Systematic review of the literature commissioned by the Department of Health. April 2002. Dr. Keith Hurst, Senior Lecturer, Nuffield Institute for Health, Leeds University.

Einführung

Ziel dieses Berichts ist es, Ihnen dabei zu helfen, die komplexe und unsichere Welt der Pflegepersonalplanung zu verstehen und sinnvolle Entscheidungen bei der Bestimmung von Größe und Zusammensetzung eines Pflegeteams zu treffen. Zu diesem Zweck werden fünf weit verbreitete Planungsmethoden dargestellt und analysiert.

Die nachfolgend kurz beschriebenen fünf Planungsmethoden wurden mit großem Aufwand untersucht, so dass sie mit ihren Vor- und Nachteilen beschrieben werden können:

1. Fachgerechte Einschätzung
2. Methode: Pflegende pro belegtem Bett
3. Pflegebedürftigkeits- und qualitätsbezogene Methode
4. Zeitaufwand-, aufgaben-, interventionenbezogene Methode
5. Regressionssysteme.

Die Erläuterungen und Übungsaufgaben zu diesen fünf am häufigsten eingesetzten Methoden zur Festlegung und Einschätzung von Größe und Zusammensetzung von Pflegeteams gehen immer vom Einfachen zum Komplizierten vor. Die detaillierten Schritte zur Berechnung der Größe und Zusammensetzung von Pflegeteams gemäß der unterschiedlichen Ansätze können in der ausführlichen Version des Berichts von Dr. Hurst nachgelesen werden. Seine Webadresse findet sich am Ende des Beitrags.

Fachgerechte Einschätzung

Mit dieser Technik lassen sich die Angaben aus den Dienstplänen ganz einfach auf Vollzeitäquivalente umrechnen. Wie weiter unten ausgeführt wird, ist diese Methode einfach zu handhaben und stellt einen guten Ausgangspunkt zum Verständnis der etwas komplexeren Methoden dar. Sie werden feststellen, dass diese Methode äußerst hilfreich ist, wenn es darum geht, schnelle Anpassungen des Pflegepersonalbestands vorzunehmen, die in Folge neuer Strategien der Einrichtung oder veränderter Aufgaben notwendig werden, z. B. bei Änderungen der Übergabe- oder der Pausenregelungen. In der folgenden Beispielrechnung sollen auf einer chirurgischen 15-Betten-Station je drei Pflegende für die Früh- und Spätschicht und zwei Pflegende für die Nachtschicht eingeteilt werden; die Übergabe von der Früh- zur Spätschicht soll 30 Minuten, die von der Spät- zur Nachtschicht 15 Minuten dauern. Sie können die bei Ihnen üblichen Uhrzeiten ebenso eintragen wie das von Ihnen bevorzugte Personal.

Tabelle 1: Sieben-Tage-Dienst - Fachgerechte Einschätzung

Schritt 1: Berechnen Sie, wie viel Stunden Arbeitszeit in der Woche gebraucht werden:

Frühschicht: 0700 to 1430	= 7.5 Std. x 3 Pflegende x 7 Tage	157.5 Std.
Spätschicht: 1400 to 2130	= 7.5 Std. x 3 Pflegende x 7 Tage	157.5 Std.
Nachtschicht: 2115 to 0715	= 10 Std. x 2 Pflegende x 7	140 Std.

	Tage	
Gesamt	=	455 Std.

Bei dieser Art der Stundenberechnung wird unterstellt, dass Pflegende weder krank sein können noch Urlaub nehmen. Deshalb muss ein Zeitansatz für solche ‚Auszeiten‘ eingeführt werden. Ein Ansatz von 22 Prozent, wie er in der Berechnung unten verwendet wird, wurde bei einer Untersuchung der ‚Auszeiten‘ in mehr als 300 Allgemeinstationen in Großbritannien ermittelt. Sie können diesen Ansatz entsprechend des in Ihrer Einrichtung durchschnittlichen Anteils von Fehlzeiten (liegt in der Personalabteilung vor) verändern.

Schritt 2: Fügen Sie die Zeit für Abwesenheiten ein:

455 Std. x 1.22 (Abwesenheit)	= 555.1Std./37.5 Std. (1 Vollzeitäquivalent)	= 14.8 Vollzeitäquivalente
----------------------------------	---	-------------------------------

Der Personaleinsatz von je drei Pflegenden morgens und nachmittags und zwei Pflegenden in der Nacht erfordert also fast 15 Vollzeitkräfte auf dieser kleinen Station.

Vorzüge:

- schnell, einfach und nicht teuer;
- kann in jedem Fachgebiet angewendet werden, und zwar unabhängig davon, zu welchen Zeiten Dienstleistungen angeboten werden müssen;
- Ergebnisse können schnell auf den neuesten Stand gebracht werden;
- mit kleinen Änderungen auch für andere Pflegegruppen verwendbar;
- die Auswirkungen einer Anpassung des Personalbestands gemäß den Anforderungen bezüglich Pflegequalität und Arbeitszufriedenheit lassen sich anhand der zahlreichen Studien zu diesem Bereich messen.

Diese Methode eignet sich gut als Sprungbrett beim Übergang zu anderen, komplexeren Ansätzen. Sie wird außerdem häufig angewendet, um die Ergebnis anderer Methoden zu überprüfen, stellt also eine doppelte Absicherung für das Management dar. Schließlich geben vergleichbare Ergebnisse bei der Anwendung von zwei oder mehr Methoden (auch Triangulation genannt) mehr Sicherheit bei der Entscheidungsfindung.

Schwächen:

- der Zusammenhang von Personalbestand und Pflegequalität kann nur schwer erklärt werden (Will sagen: Woher wissen wir, dass z.B. 25 Vollzeitpflegende ausreichen, um einen akzeptablen Standard zu erreichen, um ausgeglichene Arbeitsbelastungen zu gewährleisten und damit die Arbeitszufriedenheit erhöhen, so dass sie gerne im Beruf bleiben?)
- wenig flexibel, wenn sich die Anzahl der PatientInnen oder die Zusammensetzung der PatientInnen mit unterschiedlichen Abhängigkeitsniveaus ändern (d.h. die Station wird schnell über- oder unterausgelastet sein);
- zu subjektiv (Sollten Pflegende selbst die Personalausstattung bestimmen, ohne von unabhängiger Seite kontrolliert zu werden?);
- die Berechnungen werden sehr schwierig, wenn ungewöhnliche Schichtpläne oder besonders lange Schichten eingehalten werden. Sie lassen sich allerdings mit Hilfe von PC-Programmen dennoch durchführen.

Pflegende pro belegtem Bett

Die durchschnittliche Anzahl von Pflegenden pro belegtem Bett ist eine andere weit verbreitete und einfache Art zur Festlegung und Einschätzung von Größe und Zusammensetzung von Pflorgeteams auf einer Station.

Vorzüge:

- kann eingesetzt werden, um die Ergebnisse der fachgerechten Einschätzung zu überprüfen;
- sehr hilfreich, wenn die Anzahl der Betten auf einer Station geändert wird und der Personalbestand angepasst werden muss;
- eine einfache Methode, um den Bedarf an Pflegepersonal zu bestimmen;
- dazu gehörende Formeln für die unterschiedlichen Fachabteilungen sind einzigartig, da sie nur aus Daten abgeleitet werden, die auf vergleichbaren Stationen gesammelt wurden;
- macht die Festlegung der Personalzahlen und die Zusammensetzung des Personals ganz einfach, da die Formeln an die Pflegequalifikationen angepasst sind;
- die Daten lassen sich leicht auf den PC übertragen.

Schwächen:

- unterstellt, dass die Personalausstattung in den Stationen, auf deren Grundlage die Formeln generiert wurden, rational berechnet war;
- keine Garantie, dass die Stationen, auf denen die Berechnungsgrundlagen gewonnen wurden, auch eine akzeptable Pflegequalität eingehalten haben;
- kann nicht auf Veränderungen der Abhängigkeit der PatientInnen eingehen (d.h. die Formeln empfehlen bei hoher und niedriger Abhängigkeit dieselbe Anzahl von Pflegenden);
- es ist sehr teuer, die Formeln auf dem aktuellen Stand zu halten;
- die verwendeten Daten aus der Praxis, wie z.B. die Belegzeiten, die den Formeln zu Grunde liegen, sind wesentlich fehlerträchtiger als Daten, die wissenschaftlich und systematisch gewonnen werden;
- bezieht verborgene Strukturen und Prozesse ein, die jedoch deutlich gemacht werden müssten;
- die Daten können auf Stationen erhoben worden sein, die sich architektonisch von der eigenen Station unterscheiden;
- kann weder die Arbeit von Lernenden/Auszubildenden/Studierenden einbeziehen noch deren Zeitansprüche an das qualifizierte Personal.

Pflegebedürftigkeits- und qualitätsbezogene Methode

Eine dritte Möglichkeit zur Festlegung und Einschätzung von Größe und Zusammensetzung von Pflegeteams ist die Pflegebedürftigkeit-Aktivitäten-Qualität-Methode. Diese Methode überwindet die meisten der Schwächen, die in der Bewertung der beiden ersten Ansätze beschrieben wurden. Sie ist vor allen Dingen für Stationen zu empfehlen, auf denen sich die Anzahl und die Zusammensetzung der PatientInnen schnell verändert. Infolgedessen wird diese Methode besonders von den Verantwortlichen für die Aufnahme auf allgemein medizinischen und chirurgischen Stationen geschätzt. Die Formeln nehmen nicht nur die Anzahl und die Zusammensetzung der PatientInnen auf, sondern berücksichtigen auch einen Mindeststandard für die Pflegequalität, der nicht unterschritten werden darf. Schon deshalb sind diese Formeln schwierig aufzustellen und anzuwenden. Die Analyse ist ohne Computer nicht denkbar, insbesondere wenn „Was ist wenn“-Fragen gestellt werden, wie z.B.: Was ist zu tun, wenn plötzlich der Anteil der hoch Pflegebedürftigen erheblich ansteigt?

Vorzüge:

- sich verändernde Variable, wie die Patientenzahl oder die unterschiedliche Pflegebedürftigkeit der PatientInnen, können ohne Schwierigkeiten berücksichtigt werden;

- die Methode lässt sich auch umkehren und man kann, ausgehend vom vorhandenen Personalbestand, ausrechnen, wie viele PatientInnen mit welcher Pflegebedürftigkeit aufgenommen werden können;
- sobald ein Computer eingesetzt wird, lässt sich der Personalsbedarf selbst für einzelne Schichten ausrechnen;
- Benchmarks für die Pflege und Leistungsindikatoren (welche Pflegekosten pro belegtem Bett) lassen sich mit dieser Methode ohne Probleme generieren.

Schwächen:

- die Methode ist äußerst komplex;
- wenn keine Standardwerte für die Pflege vorliegen, müssen die täglich ermittelten Pflegeminuten für jeden Grad der Pflegebedürftigkeit akzeptiert werden;
- das Gefühl eine eigene, individuelle Methode zur Verfügung zu haben, schwindet, sobald externe Daten als Grundlage genommen werden;
- die Zuweisung der PatientInnen und der Pflegeaktivitäten auf Gruppen mit unterschiedlicher Pflegebedürftigkeit, ignoriert individuelle Bedürfnisse von PatientInnen;
- wenn Pflegeinterventionen als Grundlage der Berechnung der Pflegezeit genommen werden, wird die psychologische Komponente der Arbeit außer Acht gelassen; allerdings sind die anderen Methoden noch weniger geeignet, diesen Aspekt zu berücksichtigen;
- in einigen Situationen kann es vorkommen, dass für eine Schicht nicht einmal eine qualifizierte Pflegekraft ausgewiesen wird, da die Formel nicht nur die Arbeitsbelastung einbezieht, sondern auch die Bettenauslastung;
- eine Belegung mit weniger als zwölf PatientInnen, die noch dazu nur wenig pflegebedürftig sind, lässt das sogenannte Kleine-Station-Problem entstehen;
- kann die Arbeitsbelastung von Stationsschwestern erhöhen, da zusätzliche Informationen über PatientInnen erforderlich sind;
- die Aktualisierung der Datengrundlage kann sehr teuer werden, denn die Erhebung repräsentativer Daten zu Pflegehandlungen und zur Pflegequalität machen die Anwesenheit von zwei unabhängigen Pflegebeobachterinnen für mehrere Tage erforderlich;
- die Konfigurationen bezüglich der Zusammensetzung treffen nicht immer auf den Kontext der jeweiligen Station zu, wenn es z.B. nicht üblich ist, Hilfskräfte der untersten Stufen einzustellen; eine Anpassung des Programms an lokale Gegebenheiten braucht viel Zeit, umfangreiche Befragungen und viel Geschick;
- eignet sich weniger gut als die beiden folgenden Methoden zur Vorhersage der erforderlichen Personalausstattung.

Zeitaufwand-, aufgaben-, interventionenbezogene Methode

Diese Methode zur Berechnung der Größe und Zusammensetzung von Pflegeteams wurde vor allen Dingen deshalb entwickelt, weil man die Pflegebedürftigkeits- und qualitätsbezogene Methode als Vorhersage für den Personalbedarf für unzureichend hielt. Art und Häufigkeit von Pflegeinterventionen, wie sie von PatientInnen benötigt werden, wurden für die besseren Indikatoren zur Berechnung des Personalbedarfs gehalten. Wenn Pflegenden daran gewöhnt sind, eine Pflegeplanung zu erstellen, so erfordert es diese Methode, dass sie den dort hinergelegten Interventionen nur noch die jeweilige Dauer (Pflegeteile) hinzufügen. Auf diese Weise können dann die erforderlichen Pflegestunden errechnet werden. Darum ist diese Methode besonders für solche Stationen geeignet, auf denen a) systematisch mit der Pflegeplanung gearbeitet wird und b) der Pflegebedarf leicht vorhersehbar ist. Dazu gehören vor allen Dingen Stationen, die nach Wartelisten belegt werden.

In der Praxis werden die täglichen Pflegedarfe der PatientInnen gemäß einer hausinternen Checkliste schriftlich oder per PC-Eingabe dokumentiert. Die Auswahl der Interventionen, die erfasst werden können, hängt vom jeweiligen System ab. Da jede Intervention mit einer

intern vereinbarten Pflegezeit für ihre Durchführung gekoppelt ist, können Pflegeplan und Pflegezeit systematisch aufbereitet werden. Der Zeitwert, der den einzelnen Interventionen beigemessen wird, bezieht sich zumeist auf die Pflegezeit, die für einen Patienten im Verlaufe von 24 Stunden erbracht werden muss. Genau wie bei der Pflegebedürftigkeits- und qualitätsbezogenen Methode wird pro Station ein zusätzlicher Zeitkorridor eingeführt, der für die indirekte Pflege und weitere nicht erfasste Aspekte der Pflege eingesetzt wird, und zwar ganz ähnlich wie die Zeiten für Pausen und Fehlzeiten. Diese Methode sollte computergestützt angewendet werden.

Vorzüge:

- die Ergebnisse können recht einfach mit den Ergebnissen anderer Methoden abgeglichen werden;
- lässt sich sehr einfach auf den Computer übertragen, so dass sie zum Bestandteil des Pflegeinformationssystems werden kann;
- lässt sich problemlos auch auf andere Stationen und Einrichtungen übertragen, ohne dass die Individualität der Berechnungen zerstört wird;

Schwächen:

- die teuerste von allen beschriebenen Methoden;
- am zeitaufwendigsten;
- Pflege auf eine Arbeitszeitliste zu verkürzen, schreckt viele Pflegende ab.

Regressionsanalyse-Methode

Ganz allgemein ausgedrückt, sagt diese Methode die benötigte Anzahl von Pflegenden für ein gegebenes Arbeitsvolumen voraus. Dabei ist die Voraussage die unabhängige Variable, während das Ergebnis oder der Stellenplan die abhängige Variable darstellt. Auch wenn die statistische Analyse eine wirkliche Herausforderung ist, müssen wir doch nichts weiter kennen als den Wert der unabhängigen Variablen, um die notwendige Personalausstattung (abhängige Variable) zu ermitteln. So wurde im Zusammenhang einer Studie von einer Station ein Personalausstattungsmodell entwickelt, das auf der Analyse des bestehenden Personalarrangements und der Bettenbelegung gründete. Die Regressionsanalyse zeigte, dass die Anzahl der Pflegenden (abhängige Variable) stieg, wenn die Belegung (unabhängige Variable) zunahm. Daraus konnten dann Einschätzungen des Bedarfs an Pflegepersonal abgeleitet werden. In anderen Modellen, die in der Literatur angeführt werden, wurden z.B. die Operationstage oder die ambulanten Operationen als unabhängige Variable eingesetzt. Kurz gesagt, sobald die grundlegenden Daten erhoben und analysiert sind, werden die Berechnungen genauso einfach wie bei der Methode der fachgerechten Einschätzung.

Vorzüge:

- hilfreich in Kontexten, in denen Vorhersagen möglich sind, wenn z.B. die Zahl der Neuaufnahmen bekannt ist;
- unterstützt ManagerInnen bei der Vorhersage und Vorbereitung von Zeiten, in denen zusätzliche Bedarfe entstehen;
- ist eher billiger, weil es einfacher ist, die Daten zu erheben, die zudem auf ähnlichen Stationen erhoben werden können;
- sehr hilfreich für ManagerInnen mit beschränkten finanziellen Ressourcen, die sich weder die Pflegebedürftigkeits- und qualitätsbezogene Methode noch die Zeitaufwand-, aufgaben-, interventionenbezogene Methode leisten können;
- die Ergebnisse lassen sich anhand unabhängiger Überprüfungen belegen;
- die verwendeten Formeln gelten als valide, zuverlässig und vor allem einfacher anzuwenden als die der Pflegebedürftigkeits- und qualitätsbezogenen und der Zeitaufwand-, aufgaben-, interventionenbezogenen Methoden;

- einfach anzuwenden: die Genauigkeit der Empfehlungen zur Personalausstattung lässt sich relativ schnell überprüfen, indem man kontrolliert, wie die Pflegezeit tatsächlich eingesetzt wird, nachdem die Empfehlungen der Regressionsanalyse umgesetzt wurden.

Schwächen:

- die Unterstützung durch einen Statistiker ist unerlässlich, um die Befragung zu strukturieren und durchzuführen, mittels derer die notwendigen Daten für die Regressionsanalyse erhoben werden müssen;
- Die Übertragung der Formeln zur Personalberechnung, die sich aus den Regressionskoeffizienten ergeben, auf ein anderes Setting wird nicht empfohlen, da die Stationen sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen (z.B. architektonische Unterschiede) aufweisen. Tut man das trotzdem, so müssen Validitäts- und Zuverlässigkeitstest durchgeführt werden, um zu sehen, ob der Transfer tatsächlich funktioniert;
- einige der unabhängigen Variablen sind qualitativ, während andere eher subjektiv erscheinen, wie z.B. die Einschätzung einer Stationsleitung bezüglich der idealen Personalausstattung;
- in manchen Fällen müssen den Variablen nominale Daten zugewiesen werden, wobei allerdings Intervall- oder Ratio-Daten verwendet werden;
- es wird davon ausgegangen, dass die Stationen, auf denen die Daten für die Regressionsanalyse erhoben werden, effizient und effektiv arbeiten, z.B. dass auf Stationen, deren Pflegearrangement und Bettenbelegung zur Grundlage genommen wird, die Personaldecke den Patientenbedarfen entsprechend verändert wird;
- die Einbeziehung von Daten aus Stationen mit einem untypischen Anteil von Fehlzeiten und einer schlechten Pflegequalität kann die Ergebnisse verfälschen oder sogar invalide machen;
- nicht empfehlenswert, um eine Personalausstattung zu berechnen, die außerhalb der Spannweite der für die Regressionsanalyse vorgegebenen Modelle liegt; d.h. dass man Daten, die für eine Station mit 25 Betten errechnet wurden, nicht einfach auf eine Station mit 30 Betten hochrechnen kann; da es zumeist keine linearen Relationen zwischen abhängigen und unabhängigen Variablen gibt, ist die Fehlerquote hoch;
- die Einführung der statistischen Methoden, die für die Regressionsanalyse notwendig sind, hat viele Pflegenden befremdet, da sie nicht erkennen und auch nicht verstehen, um wessen Daten es sich dabei handelt.

Mehr Informationen zu den genannten Methoden enthält die ausführlichere Version dieses Textes von Dr. Hurst, die aus dem Internet heruntergeladen werden kann:

http://www.nuffield.leeds.ac.uk/downloads/nursing_teams_summary_published.pdf

Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz für Pflegende

ICN Positionspapier:

Der ICN bedauert, dass es zu wenige nationale Gesetze zum Gesundheitsschutz und zur Sicherheit am Arbeitsplatz gibt, dass es hinsichtlich der Einschätzung und der Vermeidung von Risiken am Arbeitsplatz nur eine unzureichende Mitbestimmung der Beschäftigten gibt und dass nicht genügend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um einen optimalen Gesundheitsschutz, um Sicherheitsdienste und Überprüfungen durch die Beschäftigten zu ermöglichen.

Der ICN unterstützt die Entwicklung und Einführung internationaler Strategien und Instrumente, mit denen das Recht der Pflegenden auf ein sicheres Arbeitsumfeld verwirklicht werden kann; dazu gehört auch das Angebot regelmäßiger Fortbildungen und Impfungen und die Zurverfügungstellung von Schutzkleidung und Schutzvorrichtungen. Der ICN bestätigt erneut, dass er Forschung in diesem Bereich anregen wird und regelmäßig wichtige Informationen an seine Mitgliedsverbände weiterleitet.

Der ICN unterstützt die zahlreichen Resolutionen der International Labour Organisation (ILO) bezüglich des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit am Arbeitsplatz und wünscht, dass seine Mitgliedsverbände folgendes tun sollten.

Sie sollten:

- ihre jeweiligen Regierungen dazu bewegen, die Gesetze zum Gesundheitsschutz und zur Sicherheit am Arbeitsplatz auf alle Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens anzuwenden. Das kann durch Lobbyarbeit, individuelle oder kollektive politische Aktionen erreicht werden;
- nationale Forschungen zur Sicherheit und Angemessenheit des Arbeitsumfeldes für Pflegende, aber auch zu gefährlichen Verhalten, Ansichten, Abläufen und Handlungen initiieren und/oder unterstützen;
- Pflegende, Arbeitgeber und die Öffentlichkeit für Risiken im Gesundheitswesen, dazu gehören auch Gewalt und Missbrauch, sensibilisieren;
- bei den Pflegenden ein Bewusstsein für ihre Rechte (als ArbeitnehmerInnen) auf ein sicheres Umfeld wecken und sie auf ihre Pflicht zum Selbstschutz und zur Förderung des Schutzes anderer aufmerksam machen;
- Regierungen und Arbeitgeber davon überzeugen, die notwendigen Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit und des Wohlergehens der Pflegenden, die bei ihrer Arbeit vielen Risiken ausgesetzt sind, einzuleiten, wozu auch Impfungen gehören können;
- Regierungen und Arbeitgeber dazu bewegen, dem Pflegepersonal Zugang zu Schutzmaßnahmen (z.B. Kleidung) und Schutzvorrichtungen zu geben, so dass sie diese nicht selbst finanzieren müssen;
- Pflegende dazu anhalten, die für ihre Gesundheit und den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz notwendigen Impfungen durchführen zu lassen;
- mit den zuständigen Behörden/Institutionen zusammenarbeiten, um die anerkannten Berufskrankheiten zu überprüfen, und zwar insbesondere in Hinblick auf das Pflegepersonal;
- Pflegende unterstützen, wenn sie auf Grund von Berufskrankheiten oder Verletzungen während der Arbeitszeit Schadensersatz usw. einfordern;
- sich Informationen beschaffen und verbreiten, die Auskunft geben über die Häufigkeit von Unfällen, Verletzungen und Erkrankungen am Arbeitsplatz;
- mit Organisationen zusammenarbeiten, die sich für das Recht der ArbeitnehmerInnen auf ein sicheres Arbeitsumfeld einsetzen;

- die Bedeutung des Verhältnisses der ArbeitnehmerInnen zu ihren Familien erkennen, wenn es darum geht, der jeweiligen Kultur angemessene Strategien für Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz zu entwickeln;
- die Pflegenden unterstützen, damit sie sich von den Einschränkungen, die sie aus ihrer Rolle als Anwältin der PatientInnen ableiten, befreien können;
- angemessene Überprüfungsmechanismen für alle Ebenen fordern, mit denen sichergestellt wird, dass eine entsprechende Sicherheitspolitik umgesetzt wird;
- Informationen weitergeben, die über neue Gefährdungen am Arbeitsplatz unterrichten;
- Informationen über Arbeitgeber, die sich nicht an die entsprechenden Gesetze halten, weitergeben, bzw. Mechanismen etablieren, über die solche Gesetzesverletzungen bekannt werden.

Hintergrund:

Der ICN erkennt, dass der Gesundheitsschutz und die Sicherheit am Arbeitsplatz eine zentrale Bedeutung für die Gesundheitsförderung hat. Darüber hinaus erkennt der ICN an, dass die Pflegenden sich in dem Bereich des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit am Arbeitsplatz und dem Angebot von diesbezüglichen kostengünstigen Dienstleistungen für ArbeitnehmerInnen erhebliches Fachwissen angeeignet haben.

Der ICN unterstützt die immer bedeutender werdende Rolle von Pflegenden, die im Bereich des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz tätig sind, für den Bedarf der ArbeitnehmerInnen an Leistungen der primären Gesundheitsversorgung. Er fordert daher für sie eine angemessene Bezahlung und die Einführung von Karrieremöglichkeiten zur weiteren beruflichen Entwicklung.

Das Arbeitsumfeld von Pflegenden ist häufig auf Grund folgender Umstände nicht sicher:

- Umweltverschmutzung durch von Menschen oder der Industrie verursachte Abfälle;
- Risiken (z.B. Chemikalien, biologische Materialien, physische Belastung, Lärm, Strahlung, eintönige Arbeit);
- medizinische Technologien: mangelnde Wartung, ungenügende Einweisung, um diese zu bedienen;
- mangelnder Zugang zu Schutzkleidung und Schutzvorrichtungen;
- Probleme (Schlafstörungen, mangelnde Teilhabe an sozialen, kulturellen Ereignissen) Schichtarbeit;
- wachsende Ansprüche an die emotionalen, sozialen, psychologischen und geistigen Ressourcen von Pflegenden, die in komplexen politischen, sozialen, kulturellen, ökonomischen und klinischen Kontexten arbeiten;
- Anwendung von Gewalt, sexuelle Belästigungen;
- schlechte ergonomische Ausstattungen (Funktion und Gestaltung medizinischer Geräte, Materialien und Einrichtungen);
- unangemessene Verteilung von Ressourcen, z.B. humaner und finanzieller Ressourcen;
- Isolierung.

Die Patientenversorgung wird von einer sicheren Umwelt für das Gesundheitspersonal profitieren. Der ICN stellt fest, dass nur wenige Regierungen aktuelle Informationen über das Vorkommen von Unfällen, Verletzungen und Krankheiten beim Pflegepersonal zusammentragen, um daraus vernünftige Gegenmaßnahmen abzuleiten. Das Fehlen relevanter Daten ist Anlass zu großer Sorge.

Es gibt sogar einige Länder, die überhaupt keine Gesetze zum Gesundheitsschutz und zur Sicherheit am Arbeitsplatz haben. Andere verfügen zwar über solche Gesetze, aber es gibt weder die Mittel, deren Umsetzung zu kontrollieren noch Möglichkeiten Arbeitgeber zu sanktionieren, die diese Gesetze nicht beachten. Wieder andere Länder haben eine entsprechende Gesetzgebung, in die aber das Gesundheitswesen nicht eingeschlossen ist.

Die Resolution 149 der International Labour Organization zur Beschäftigung und zu den Arbeitsbedingungen und dem Arbeitsleben von beruflich Pflegenden ruft die Mitgliedsstaaten auf, „die bestehenden Gesetze und Richtlinien zu Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz dahingehend zu verbessern, dass sie an die besonderen Bedingungen der Pflegearbeit und des Umfelds, in der Pflegearbeit ausgeübt wird, angepasst werden“. Die Sektion IX der begleitenden *Empfehlungen (157)*¹ erläutert ausführlich, welche Maßnahmen notwendig sind für die Gewährleistung von Gesundheit und Sicherheit der Pflegenden an ihren Arbeitsplätzen.

Verabschiedet 1987

ICN-Positionspapiere zu verwandten Themen:

- Reduzierung von umwelt- und durch den Lebensstil bedingten Gesundheitsgefährdungen
- Pflegende und die natürliche Umwelt
- Tabakkonsum und Gesundheit

Der International Council of Nurses (ICN) ist ein Zusammenschluss von 129 Berufsverbänden der Pflege, die weltweit Millionen von Pflegenden vertreten. Unter dem Motto ‚Von Pflegenden für Pflegende‘ stellt der ICN seit 1899 die internationale Vertretung der Pflegeberufe dar und setzt sich weltweit für eine hervorragende Pflegequalität und eine angemessene Gesundheitspolitik ein.

¹ International Labour Organization. Convention 149 and Recommendation 157 concerning the Employment and Conditions of Work and Life of Nursing Personnel. Geneva: ILO 1977.

Die Sicherheit der PatientInnen

ICN-Positionspapier:

Die Sicherheit der PatientInnen ist ein grundlegendes Element der Qualität der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Der ICN geht davon aus, dass zur Verbesserung der Patientensicherheit ein großes Spektrum an Maßnahmen eingeleitet werden muss, und zwar bei der Anwerbung, der Aus-, Fort- und Weiterbildung und dem Berufsverbleib von Beschäftigten im Gesundheitswesen, der Leistungsverbesserung, beim Management zur Umweltsicherheit, beim Risikomanagement, bei der Infektionskontrolle, dem vernünftigen Einsatz von Medikamenten, bei der Sicherheit der eingesetzten Geräte, der klinischen Praxis, der Sicherheit des Arbeitsumfeldes. Darüber hinaus müssen wissenschaftliche Erkenntnisse über die Patientensicherheit und die Infrastrukturen zu deren Gewährleistung zusammengetragen werden.

Pflegende müssen sich in jeder Hinsicht um die Sicherheit der PatientInnen kümmern. Dazu gehört es auch, PatientInnen und andere über Risiken und Risikoreduzierung zu informieren, für die Sicherheit der PatientInnen einzutreten und dem zuwiderlaufende Vorkommnisse zu melden.

Das rechtzeitige Erkennen von Risiken ist die beste Methode, PatientInnen vor Verletzungen zu schützen. Das setzt allerdings eine Atmosphäre von Vertrauen, Aufrichtigkeit, Integrität und offener Kommunikation zwischen PatientInnen und den Beschäftigten im Gesundheitswesen voraus. Der ICN setzt deshalb auf einen systemumfassenden Ansatz, der auf einer Philosophie der Transparenz und Berichterstattung – und nicht von der Beschuldigung einzelner – aufbaut und Maßnahmen beinhaltet, die auf die Menschen, aber auch auf systemische Faktoren beim Auftreten von Unfällen und anderen Vorkommnissen zugeschnitten sind.

Der ICN ist sehr besorgt über die ernsthafte Gefährdung der PatientInnen und der Versorgungsqualität, die sich daraus ergibt, dass es viel zu wenige angemessen ausgebildete Menschen in den Gesundheitssystemen gibt. Der weltweite Mangel an Pflegekräften stellt eine solche Gefährdung da.

Der ICN geht davon aus, dass Pflegende und die nationalen Berufsverbände der Pflege verpflichtet sind:

- PatientInnen und deren Angehörige über mögliche Risiken aufzuklären;
- schädliche, nicht intendierte Vorkommnisse bei den zuständigen Stellen zu melden;
- sich aktiv an der Bewertung der Sicherheit und Qualität von Pflege zu beteiligen;
- die Kommunikation mit PatientInnen und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zu bessern;
- sich überall für eine angemessene Personalausstattung einzusetzen;
- Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu verbessern;
- durchgreifende Programme zur Infektionskontrolle zu etablieren;
- sich für die Einführung von standardisierten Verfahren und Protokollen einzusetzen, mit deren Hilfe Fehler vermieden werden können;
- sich mit den Berufsorganisationen der Apotheker, Ärzte und anderer in Verbindung zusetzen, um die Verpackung und Kennzeichnung von Medikamenten zu verbessern;
- mit Berichtssystemen auf nationaler Ebene zusammenzuarbeiten, um Fehler zu melden, zu analysieren und aus ihnen zu lernen;
- Mechanismen zu etablieren, beispielsweise auf dem Wege der Akkreditierung, mit denen die spezifischen Merkmale der unterschiedlichen Anbieter von Gesundheitsleistungen

erkannt werden können und die dabei helfen, Benchmarks für Exzellenz bezüglich der Patientensicherheit zu setzen.

Hintergrund:

Auch wenn Pflegeinterventionen das Ziel haben dem Wohl der Allgemeinheit zu dienen, so gibt es doch ein gewisses Risiko, dass Fehler und nicht intendierte Ereignisse eintreten. Das liegt daran, dass die Gesundheitsversorgung auf einer hoch komplexen Kombination von Prozessen, Technologien und Menschen basiert. Ein nicht intendiertes Ereignis kann man als eine Beschädigung oder eine Verletzung definieren, die im Verlaufe der Behandlung einer Krankheit oder dem sich kümmern um den Gesundheitszustand eines Patienten auftritt und nicht von der vorliegenden Krankheit verursacht wird.¹ Das können sein Fehler bei der Medikamentengabe, im Krankenhaus erworbene Infektionen, hohe Dosen bei der Bestrahlung, der Einsatz von nachgemachten Medikamenten.

Auch wenn menschliches Versagen dabei eine wichtige Rolle spielt, so liegen die Ursachen doch meistens im System begründet und wären damit leicht zu vermeiden, wenn man die systemischen Probleme rechtzeitig zur Kenntnis genommen und behoben hätte.

Mittlerweile kann immer häufiger nachgewiesen werden, dass eine unzureichende Personalausstattung mit der Zunahme solcher Vorkommnisse, wie Stürze, Dekubiti, Medikationsfehler, nosokomiale Infektionen, Wiedereinweisung ins Krankenhaus, die zu längerer Verweildauer und einer erhöhten Sterberate führen können, korreliert.² Personalmangel und unbefriedigende Leistungen auf Grund mangelnder Motivation oder ungenügender Kompetenzen sind weitere Faktoren, die die Patientensicherheit beeinträchtigen können.

Eine mangelhafte Pflegequalität verursacht eine große Anzahl solcher Vorkommnisse, was negative Auswirkungen auf die Kosten des Gesundheitswesens hat.
Verabschiedet 2002

ICN-Positionspapiere zu verwandten Themen:
Schutz der Berufsbezeichnung
Regulierung der Pflege
Das Spektrum der Pflegepraxis
Hilfs- oder unterstützendes Personal in der Pflege

ICN-Veröffentlichungen:
Patientensicherheit. WHPA. Faktensammlung (2001)

Der International Council of Nurses (ICN) ist ein Zusammenschluss von 129 Berufsverbänden der Pflege, die weltweit Millionen von Pflegenden vertreten. Unter dem Motto ‚Von Pflegenden für Pflegende‘ stellt der ICN seit 1899 die internationale Vertretung der Pflegeberufe dar und setzt sich weltweit für eine hervorragende Pflegequalität und eine angemessene Gesundheitspolitik ein.

¹ Thomas, E.J.; Brennan, B.M.J. (2000). Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients. Population based review of medical records. 18 March 2000, S. 9

² Aiken, I. H. et al. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. JAMA (2002); 288, 1987-1993.

Beispiele für das Verhältnis von Pflegenden und PatientInnen

Relationen Pflegekraft : PatientInnen im US-Bundesstaat Kalifornien

Intensivpflege	1:2
neo-natale Intensivpflege	1:2
Operationsraum	1:1
Aufwachraum	1:1
Wehen und Geburt	1:2
Vorgeburtsphase	1:4
postpartum Paare	1:4
postpartum Frauen	1:6
Pädiatrie	1:4
Notfallambulanz	1:4
Intensivpatient in Ambulanz	1:2
Traumapatient in Ambulanz	1:1
Überwachungsstation (Anfang)	1:4 1:3
Überwachungsstation 2008	
Telemetrie (Anfang)	1:5
Telemetrie 2008	1:4
Med./chirurg. (Anfang)	1:6
med./chirurg. 2005	1:5
Andere Fachgebiete (Anfang)	1:5
andere Fachgebiete (2008)	1:4
Psychiatrie	1:6

Quelle: California Nurses Association. (n.d). *Ratio basics*. Retrieved November 2, 2005, from <http://www.calnurse.org/files.calnurse.org/assets/finratrn7103.pdf>

Relationen Pflegekraft : PatientInnen in Victoria, Australien

Art der Station	Kategorie d. Krankenhauses	Vormittags-schicht	Nachmittags-schicht
Allgemein med./chirurg	Kategorie 1	1:4 + Leitung	1:4 + Leitung
	Kategorie 3	1:5 + Leitung	1:6 + Leitung
Ante/Postnatal	alle Kategorien	1:5 + Leitung	1:6 + Leitung
Operationsraum	3 Pflegenden/Raum, kann sich je nach Umständen verändern.		
Aufwachraum	bei bewusstlosen Patienten 1:1 in jeder Schicht		

Quelle: Canadian Federation of Nurses Union. (2005). *Enhancement of patient safety through formal nurse-patient ratios: A discussion paper*. Retrieved November 2, 2005, from <http://www.nursesunions.ca/en/Docs/2005-10-03-Nurse-Patient-Ratio-EN.pdf>