

Warten auf Zuspruch oder Betreuung – in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens mangelt es an Personal. ICN und nationale Pflegeverbände wie der DBfK plädieren für eine angepasste Personalausstattung

Foto: gezett.de



Das Personal ist unser Kapital der Zukunft

Der Personalmangel in vielen Bereichen des Gesundheitswesens erreicht weltweit kritische Ausmaße. Anlässlich des alljährlich wiederkehrenden „Tag der Pflege“ macht sich der International Council of Nurses (ICN) für eine bessere Pflegepersonalausstattung in Gesundheitseinrichtungen stark. Der hier abgedruckte Beitrag ist in Auszügen der ICN Argumentationshilfe für Berufsverbände und beruflich Pflegende entnommen

Die pflegerische Betreuung zählt zu den wesentlichen Bestandteilen der internationalen Gesundheitsversorgung. Infolgedessen wird die Besetzung von Pflegestellen ebenso genau untersucht wie andere Variablen, die Einfluss auf die Sicherheit und Effizienz der Gesundheitsversorgung haben können. Untersucht wird dabei u.a., 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 die Forschung davon aus, dass neben der ausrei-

chenden Anzahl auch andere Variablen, die den Personaleinsatz und die Sicherheit der Versorgung beeinflussen, berücksichtigt werden müssen. Dazu gehören die Arbeitsbelastung, die Rahmenbedingungen, die Komplexität des Settings, die Qualifikation und die Zusammensetzung des Pflegepersonals, die Kosteneffizienz, Effektivität, Ergebnisqualität in Hinblick auf Patient/innen und Pflegenden. 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. Interessant ist es, dass es nur wenige Definitionen gibt, die Sicherheitsaspekte in die Frage der Personalauswahl einbeziehen. Der 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 Patienten 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.“

Die Bewegung zur Sicherheit von Patient/innen ist deshalb so wichtig, weil sie eine Reihe von Versorgungsindikatoren in den Mittelpunkt des Interesses rückt. Sie 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 Stürze von Patienten, 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 Patienten in Krankenhäuser – ähnlich denen der in der Studie untersuchten Fälle – ungefähr 185.000 mit unbeabsichtigt Vorkommnissen konfrontiert werden. Davon wären mindestens 70.000 vermeidbar.

Mit ähnlich alarmierenden Statistiken machte auch ein vom Medizinischen Institut in Auftrag gegebenes Projekt auf unzulängliche Praktiken aufmerksam. Wie Kohn, Corrigan und Donaldson (2000) herausfanden, gibt es in unseren Gesundheitssystemen erhebliche Risiken, die sich aus inadäquaten Arbeitsabläufen, einer unzureichenden Personalausstattung sowie fehlender Systeme zur Förderung einer sicheren Praxis 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 durch Unfälle, Brustkrebs oder AIDS-Infektion zu verzeichnen sind. Darum werden zur Verhinderung medizinischer Fehler und zur Verbesserung der Patientensicherheit auf nationaler, Länder- und lokaler Ebene folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- ▶ eindeutige Zuweisung von Verantwortlichkeit,
- ▶ Wissenserweiterung hinsichtlich Patientensicherheit,
- ▶ Aufbau von Systemen zur Fehlerdokumentation,
- ▶ Sicherheitsgarantien für Pflegenden, die nicht intendierte Vorkommnisse und/oder Defizite beim Personaleinsatz melden,
- ▶ Festlegung von Handlungsstandards und Erwartungen zur Sicherheit der Patienten,
- ▶ Entwicklung von Sicherheitssystemen in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

■ Studien zu Personalausstattung und Patientensicherheit.

Um die oben genannten Punkte verwirklichen zu können, ist eine angemessene Besetzung von Stellen unerlässlich. Wie inzwischen in einer ganzen Reihe von Studien nachgewiesen wurde, besteht ein unmittelbarer Bezug zwischen dem Personaleinsatz und den Er-

gebnissen für die Gesundheitsversorgung der Patienten. Auch wenn sich diese Ergebnisse auf Krankenhaussituationen in reichen Nationen beziehen, 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 Patient/innen untersucht und fanden heraus, dass eine starke Mischung unterschiedlich qualifizierter Pflegekräfte mit einer geringeren Inzidenz von medizinischen Fehlern und Stressgeschwüren korrespondiert. Gleichzeitig erhöht sie die Zufriedenheit der Patienten. Eine ergänzende Untersuchung zur Stellenbesetzung in der Pflege aus dem gleichen Jahr 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 qualifizierter Pflegekräfte (in Vollzeitäquivalenzen) je Patiententag mit dem Auftreten

Die Literaturliste zum Text finden Sie unter www.dbfk.de. Eine Stellungnahme des DBfK zum Internationalen Tag der Pflege auf Seite 295

Wussten Sie?

- Auf einer AIDS-Station senkte der Einsatz einer zusätzlichen Pflegenden pro Patiententag die Sterberate innerhalb der ersten 30 Tage im Krankenhaus um 50 Prozent.
- Die Forschung zeigt: der Einsatz von weniger Pflegepersonal in den Nachtschichten führt zu vermehrten postoperativen Atemwegserkrankungen, mehr Stürzen und einen geringeren Patientenzufriedenheit.
- Auf einer chirurgischen Station konnte nachgewiesen werden, dass jeder Patient, den eine Pflegenden zusätzlich zu den von ihr betreuten vier Patient/innen 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 sichere Personalausstattung ist kostengünstig für einzelne, für das Gesundheitssystem und für die Gesellschaft.

von Infektionen des Harntraktes, von Lungenentzündungen, Thrombosen und Beeinträchtigungen der Atemwege nach größeren Eingriffen im Krankenhaus nachweisen.

► Schultz, van Servellen, Chang, McNeese-Smith und Waxenberg (1998) zeigten mit ihrer Studie, bei der 68.000 Herzinfarktpatient/innen 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 Speiseröhrentfernung sorgen musste. (Amaravadi, Dimick, Pronovost, Lipsett 2000).

Es gibt einen Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Patientengesundheit

► Kovner (2001) hat darüber hinaus untersucht, welchen Einfluss die Personalausstattung und die Arbeitsablauforganisation auf die Patient/innen und die Beschäftigten im Gesundheitswesen haben. Die Forschungsergebnisse bezüglich der Personalausstattung waren je nach untersuchter Berufsgruppe unterschiedlich. So lässt

sich bei vielen Autor/innen 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 Patient/innen zeigten Dimick, Swoboda, Pronovost und Lipsett (2001), dass ein Zusammenhang zwischen einer reduzierten Anzahl von Pflegenden während der Nacht und einer steigenden Häufigkeit von spezifischen postoperativen Gefährdungen der Atemwege besteht. Wie Sovie und Jawad (2001) herausfanden, sank die Zahl der Stürze von Patienten, während ihre Zufriedenheit mit dem Schmerzmanagement stieg, sobald die Anzahl der Pflegestunden pro Patient/in erhöht wurde.

► In einer sehr bedeutenden Untersuchung haben Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski und Silber (2002) Daten von 10.184 angestellten Krankenschwestern und 232.342 Patient/innen zusammengetragen. Eines ihrer wichtigsten Ergebnisse war das folgende: Mit jedem zusätzlichen Patienten, den eine Krankenschwester, die als Casemanagerin für vier Patient/innen verantwortlich war, 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 in den ersten 30 Tagen der Krankenhausaufnahme. Dazu sammelten sie Daten von 46.941 Patient/innen mit Herzinfarkt, Schlaganfall, Pneumonie oder Sepsis, die aus 75 Akutkrankenhäusern in Ontario entlassen worden waren.

Die Ergebnisse legen 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 sektorenübergreifenden Analyse untersuchten Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart und Zelenitsky (2002) den Zusammenhang zwischen der Quantität der durch das Krankenhauspflegepersonal angebotenen Pflege und dem Gesundheitszustand der Patienten. Dabei wurden die Daten von 5 Millionen medizinischen und 1,1 Millionen chirurgischen Patient/innen einbezogen. Das Ergebnis zeigte, dass ein größerer Anteil und eine höhere Anzahl von Pflegestunden, die von qualifizierten Pflegenden erbracht wurden, die Verweildauer der Patient/innen verkürzte. Darüber hinaus ging 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 zehn Prozent mehr Zeit in der Pflege diese Inzidenzrate schon um 9,5 Prozent reduzierte. Außerdem weist Bostick (2004) nach, dass zu-

Wettbewerbsvorteil

In den USA veröffentlichen die Krankenhäuser genaue Zahlen zu 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. Häuser mit angemessener Personalausstattung und somit attraktiveren Arbeitsbedingungen, bekannt als „Magnetospitäler“, haben es in der Regel leichter, neues Personal zu gewinnen und das vorhandene zu behalten. Sie zeichnen sich durch herausragende Leitung, die Repräsentation des Pflegepersonals in den Komitees zur Bestimmung der Grundsätze des jeweiligen Hauses, einen partizipatorischen Managementstil, eine kontinuierliche Qualitätssicherung, gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und das Angebot zur beruflichen Weiterentwicklung aus (Lash; Munroe 2005).

sätzliche 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 Krankenhauspatient/innen hat (Lang, Hodge, Olson, Romano, Kravitz 2004). Person et al. (2004) untersuchten das Verhältnis von Pflegestellen und Sterberate von Patient/innen mit Herzinfarkt im Krankenhaus und kamen zu dem Ergebnis, dass Patienten in Einrichtungen mit einem höheren Anteil von qualifizierten Pflegenden weniger häufig sterben.

► Lankshear, Sheldon und Maynard (2005) erarbeiteten eine Zusammenfassung von 22 Untersuchungen, die bestätigten, dass eine angemessene Besetzung von Pflegestellen und eine entspre-

chende Mischung unterschiedlich qualifizierter Pflegenden positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Patienten 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 Patient/innen besteht. Zu solchen negativen Ergebnissen gehört das Vorkommen von Dekubiti, Harnwegsinfektionen, Pneumonien, postoperativen Wundinfektionen, Fehlern bei der Medikamentengabe, Gefährdungen der Atemwege, Thrombosen, gastrointestinalen 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 Patient/innen.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass die Forschung einen Zusammenhang zwischen angemessener Personalausstattung und dem Gesundheitszustand von Patient/innen nachweisen konnte. Dennoch sind weitere Studien auf internationaler Ebene notwendig, um ausreichende Argumente für eine sichere Personalausstattung zu bekommen. Der International Council of Nurses (ICN) fördert diese Forschung durch seine internationalen und regionalen Foren. ■

Angemessene Personalausstattung fördert die Gesundheit

Es ist allgemein bekannt, dass eine angemessene Personalausstattung allein deshalb wichtig ist, weil sie die Gesundheit des Pflegepersonals erhält. Die Kanadische Regierung hat aus Sorge um die Gesundheit der Pflegenden, während einer Periode großen Pflegepersonal mangels, 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 Arbeitsplatzausstattung. Gegenwärtig ist pflegerische Arbeit bestimmt von steigender Arbeitsintensität, unzureichender Personalausstattung und dem Stress, der sich aus der Sorge um die Sicherheit des Arbeitsplatzes und den beruflichen Gesundheitsschutz ergibt. Darüberhinaus wird die Pfl-

ge 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 die-

Pflege ist bestimmt von steigender Arbeitsintensität und unzureichender Personalausstattung

sen Berufen genauso wie in der Pflege Phänomene wie Stress, Burnout und Probleme bei der Neugewinnung von Arbeitskräften

bzw. bei den Verbleibzeiten im Beruf verzeichnen.

Im 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 Arbeitszufrie-

denheit (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 Patienten und Pflegenden in Verbindung zu emotionaler Erschöpfung und Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz gesetzt werden. Pflegenden, die regelmäßig Überstunden machen oder ohne angemessene personelle Unterstützung arbeiten müssen, neigen viel häufiger zum Fernbleiben vom Arbeitsplatz und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Berufliche Haftung. Pflegenden fühlen sich bei der Ausübung ihrer Tätigkeit oft in die Enge getrieben, wenn kein ausreichendes Personal vorhanden ist. In Ländern, in denen es häufig zu Gerichtsverfahren wegen Versorgungsmängeln und Be-

Info



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 Pflegenden“ stellt der ICN seit 1899 die internationale Vertretung der Pflegeberufe dar und setzt sich weltweit für eine hervorragende Pflegequalität und eine angemessene Gesundheitspolitik ein.

Die vollständige englischsprachige Informations- und Materialsammlung zum Thema „Sichere Personalausstattung sichert Leben“ finden Sie im Internet unter www.icn.ch.

Der DBfK hat die Informations- und Materialsammlung übersetzen lassen.

handlungsfehlern kommt, ist die Frage der beruflichen Haftung ein allgegenwärtiges Problem.

Es kommt immer wieder vor, dass Pflegenden für die Versorgung von PatientInnen haftbar gemacht werden. Fragen der Haftung betreffen unterschiedliche Aspekte in der Versorgung und können einzelne ebenso wie ganze Teams angehen. Deshalb sind Pflegenden 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. Sie hat Auswirkungen auf die Möglichkeiten der einzelnen angemessenen Pflege anzubieten und auch durchzuführen. Probleme der Haftbarkeit nehmen in klinischen Kontexten zu, in denen Infrastrukturen und Personalausstattung mangelhaft sind.

Personal­mangel kann – neben Einstellungsstopp und Stellenabbau – auf fehlendem Nachwuchs (d.h. dass ein Land nicht die ausreichende Menge an Gesundheitspersonal ausbildet) beruhen. Er kann aber auch durch die Abwanderung einer größeren Zahl Pflegenden verursacht werden. Dieses Dilemma wird insbesondere von der WHO beleuchtet. Sie geht in einem Bericht (Awases et al. 2004) über eine Untersuchung zur Migration von Gesundheitspersonal in verschiedenen afrikanischen Ländern auf diese Situation ein.

Qualifikationsmix. Da eine sichere oder angemessene Personalausstattung auch vom Vorhandensein anderer Anbieter von Gesundheitsleistungen abhängt ist es wichtig, Richtlinien für die unterschiedlichen Rollen der Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung festzulegen. 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 Patient/innen und/oder in der Organisation einer Einrichtung führen (Canadian Nurses Association 2003).

Vom kanadischen Pflegeverband liegt eine Publikation vor (Canadian Nurses Association 2005), in der beleuchtet wird, was ein Personalplan bezüglich der Zusammensetzung von Krankenhaus- und niedergelassenen

Anwerbung in andern Ländern ist keine geeignete Antwort auf den Mangel an Pflegekräften

Pflegenden zu berücksichtigen hat. Im Mittelpunkt stehen die nötigen Entscheidungen hinsichtlich der Folgen für die Patienten. 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.

■ **Pflegepersonal­mangel in Industrieländern.** Die internationale Verteilung von Pflegepersonal ist in den letzten Jahren stark durch den

Pflegepersonal­mangel in den Industrieländern und die Anwerbung von Krankenschwestern/-pfleger in ärmeren Ländern geprägt. Das Angebot an Pflegekräften in den Industrieländern könnte durch ein gutes Einkommen, Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und adäquate Bildungseinrichtungen gesichert werden.

In den vergangenen vier Jahrzehnten hat sich die Zahl der Migrant/Innen 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 Anwerbung in andern Ländern ist auf jeden Fall keine geeignete Antwort auf den Mangel an Pflegekräften. 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.

Eine andere Möglichkeit besteht in der gezielten politischen Lobbyarbeit. Sie muss das Ziel haben 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. Es müssen lokale und nationale Strategien entwickelt werden, mit denen ein systemumfassender Ansatz zur Gewährleistung ausreichender Humanres-

sources durchgesetzt werden kann.

■ **Instrumente zur Messung der Arbeitsbelastung.** Seit vielen Jahren bemühen sich Pflegende darum, die eigene Arbeit quantifizieren zu können. Die bisherige Forschung in diesem Bereich beschränkte sich überwiegend auf akute Pflegesituationen 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 Bemessung des Arbeitsvolumens, obwohl sie in der Debatte um eine sichere Personalausstattung immer wieder herangezogen werden, keine geeignete Antwort auf die Frage, wie eine solche Ausstattung bemessen sein müsste.

In einer Veröffentlichung von 2004 hat der ICN verschiedene Aspekte der Messung des Arbeitsvolumens von Pflegenden zusammengefasst und ist zu folgendem Schluss gekommen: Die Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams und die Erfassung der Mitarbeit der Patient/innen selbst und ihrer Angehörigen erschweren 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).

■ **Initiativen zur Einführung einer sicheren Personalausstattung.** Sie können in vielfältiger Weise unterstützt werden. 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 gravierenden Pflegepersonalmangels bereits einschneidende Folgen zu beobachten waren (z.B. Überstunden, Einschränkungen in der Versorgung und der Sicherheit der Patienten). Die Gesetzentwürfe, die im Dezember 2003 in das Repräsentantenhaus eingingen, umfassen:

- ▶ Zeugenschutz für Pflegendе, die Missstände anzeigen,
- ▶ Sammlung und Veröffentlichung pflegebezogener Daten

Seit vielen Jahren bemühen sich Pflegende darum, die eigene Arbeit quantifizieren zu können

Tabelle: Sieben-Tage-Dienst, Fachgerechte Einschätzung

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

Frühschicht: 7 – 14:30h	= 7,5 Std. x 3 Pflegendе x 7 Tage	157,5 Std.
Spätschicht: 14 – 21:30h	= 7,5 Std. x 3 Pflegendе x 7 Tage	157,5 Std.
Nachtschicht: 21:15 – 7:15h	= 10 Std. x 2 Pflegendе x 7 Tage	140,0 Std.
Gesamt	=	455,0 Std.

Bei dieser Art der Stundenberechnung wird unterstellt, dass Pflegendе weder krank sein können noch Urlaub nehmen. Deshalb muss ein Zeitanatz 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.

455 Std. x 1,22 Abwesenheit	= 555,1 Std./ 37 Std. (1 Vollzeitäquivalent)	= 14,8 Std. Vollzeitaquivalente
-----------------------------	--	---------------------------------

Der Personaleinsatz von je drei Pflegenden morgens und nachmittags und zwei Pflegenden in der Nacht erfordert fast 15 Vollzeitkräfte auf dieser kleinen Station. (aus: Anhang 6, mehr Info: www.nuffield.leeds.ac.uk/downloads/nursing_teams_summary_published.pdf)

(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 Pflegender berechnet werden kann.

Eine andere Vorgehensweise wäre festzulegen, wie das Verhältnis Pflegekraft-Patienten auszusehen hat (ICN n.d.). Während es in Belgien nur eine Empfehlung für die Relation Pflegekräfte zu Patienten – die auf einer minimalen Datenerhebung basiert – gibt, sind solche Verhältniszahlen im US-Bundesstaat Kalifornien und im australischen Bundesland Queensland tatsächlich gesetzlich verankert. 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

Beispiel

Relation Pflegende-Patienten / Kalifornien

Intensivpflege	1:2
neo-natale Intensivpflege	1:2
Operationsraum	1:1
Aufwachraum	1:1
Wehen u. Geburt	1:2
Vorgeburtsphase	1:4
postartum Paare	1:4
postartum Frauen	1:6
Pädiatrie	1:4
Notfallambulanz	1:4
Intensivpat. Amulanz	1:2
Traumapat. Amulanz	1:1
Nach Intensivstation (Anfang)	1:4
Nach Intensivstation 2008	1:3
Telemetrie (Anfang)	1:5
Telemetrie 2008	1:4
Med./chirurg (Anf.)	1:6
Med./chirurg. 2005	1:5
Andere Fachegeb. (Anfang)	1:5
Andere Fachgeb. 2008	1:4
Psychiatrie	1:6

Patienten 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).

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 Berufssangehörigen ebenso einbezieht wie eine Formel zur Kalkulation der Anzahl der Pflegenden pro Schicht bzw. pro Bett, außerdem die Bestimmung der unterschiedlichen Pflegebedarfe von Patient/innen, 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. (Näheres zu den Studien im Original ICN Text)

Eine Studie konnte nachweisen, dass sich Relationen von 8:1 bis 4:1 (Patienten : Pflegekraft) kosten-

senkend 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 Patient/innen und der daraus folgende Pflegebedarf. Auch die Überlegungen zur Kostenfrage variieren mit den unterschiedlichen Trägern, also Krankenhäusern, Gesundheitssystem, Gesellschaft.

■ **Vertretung der Pflege.** Die nationalen Berufsverbände der Pflege haben einen großen Einfluss auf die Gestaltung lokaler, nationaler und internationaler For-

schungsprioritäten. 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 bezüglich der Gewährung von Stipendien und Beschaffung von Daten und Analysen.

Viele Beteiligte am Gesundheitswesen ebenso wie die Pflegenden erwarten von den nationalen Berufsverbänden Führungsqualitäten und effiziente Strategien zur Behebung des eklatanten Pflegepersonal mangels, 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 solcher strategischen Vorgehensweisen haben die nationalen Verbände eine ganz neue Funktion wahrnehmen und ihre Bedeutung im Gesundheitswesen entscheidend vergrößern können.

Häufig sind Vertreter/innen der nationalen Berufsverbände auch aktive Vorstandsmitglieder der nationalen Regu-

Beteiligte am Gesundheitswesen erwarten von nationalen Berufsverbänden Führungsqualitäten

lierungsbehörde 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

Was Pflegende tun können

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.

In Gesellschaften, in denen Schadensersatzprozesse zunehmen, werden Pflegende 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 Praktiken 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.

Weltweit sind die nationalen Berufsverbände direkt oder indirekt damit beschäftigt, die Bedingungen für die Pflegearbeit auszuhandeln. 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. ■

■ 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 Vertreter/innen der Regierung, Manager/innen 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 Patient/innen 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.

■ Earbeiten und verbreiten Sie ein Positionspapier, eine Informationssammlung und eine Pressemitteilung zu Fragen der sicheren Personalausstattung und der Patientensicherheit.

■ 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 Patient/innen und der Öffentlichkeit, um Informationen über eine sichere Personalausstattung zu verbreiten. Bereiten Sie einen Vortrag für Ihre Kirchengemeinde, Ihre Frauengruppe oder Ihre Heimatgemeinde und andere 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.