

Berufspolitik

Pflegekapazität und Patientensicherheit – Konsequenzen internationaler Studien

Die vielfachen Aktivitäten zum diesjährigen Internationalen Tag der Pflege haben es gezeigt: Die Realität drängt. Personalabbau vor dem Hintergrund enger finanzieller Ressourcen, die demografische Entwicklung, steigende Erwartungen und Bedürfnisse der Bevölkerung und die Forderung nach hoher Qualität und Sicherheit der Versorgung bilden die Eckpunkte, zwischen denen sich die beteiligten Akteure im System bewegen. Kann ein solcher Spagat überhaupt gelingen?



Foto: N. Dietrich

Das Thema der Patientenversorgung ist untrennbar verknüpft mit der Frage, wie die Personalausstattung gestaltet werden muss, um eine gute Versorgung sicherstellen zu können. Während sich jedoch hierzulande die Beiträge vor allem auf die Frage der Personalbemessung und der Personalsteuerung mit Hilfe eingesetzter Instrumente konzentrieren (z. B. PPR*, LEP* usw.), wird die Debatte in anderen Ländern unter einer völlig anderen Fragestellung geführt – der Patientensicherheit. Vor allem in den anglo-amerikanischen Ländern nutzt man erhobene Routinedaten, wie die Anzahl der Pflegekräfte, die Zusammensetzung der Personalqualifikation oder die Gesamtstundenzahl der Pflege pro Patient usw. und verknüpft sie mit Qualitätsindikatoren, wie z. B. Infektionsraten oder sogar Mortalitätsraten auf Stationen oder

in Krankenhäusern.

Rationierung und Stellenabbau im Pflegebereich

Um die Brisanz der Thematik zu verstehen, hilft ein Blick auf die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung. Die Fachserie 12 des Statistischen Bundesamtes macht Folgendes deutlich: Die Zahl der Pflegekräfte im Krankenhaus sinkt beständig. Wichtigster Indikator für eine Personalreduzierung sind die Vollzeitäquivalente der bettenführenden Bereiche. Diese sind seit 1995 stetig gesunken. Im Laufe von zehn Jahren sind ca. 48 000 Vollzeitstellen weggefallen, was einem prozentualen Rückgang um –13,5 Prozent entspricht. Eine Umkehr der Entwicklung ist derzeit nicht erkennbar, eine Beschleunigung seit Einführung der DRGs hingegen schon (Blum 2005). Personalreduzierung ist eine abstrakte Größe, die immer ein-

hergeht mit der Rationierung konkreter Leistungen. In der Schweiz untersucht man diese Phänomene und kann somit Auswirkungen transparent machen (Aiken, Schubert et al. 2004). Hierzulande aber dominiert die Argumentation und somit der Austausch von Meinungen.

Optimisten gehen dabei davon aus, dass eine Rationierung durch Bettenabbau, Umstrukturierung der Arbeitsabläufe oder der Einstellung zusätzlicher Hilfskräfte ohne Auswirkung auf die Patientenversorgung geblieben ist und bleiben wird. Sie argumentieren wie folgt: Nicht jede Leistung, die rationiert wird, ist gleichbedeutend mit einem Verlust an Versorgungsqualität oder einer zunehmenden Gefährdung für den Patienten. So können Arbeiten im Bestellwesen, Transportwesen usw. durch Technikeinsatz oder Hilfskräfte rationiert werden, ohne dass der Pa-

tient dies überhaupt bemerkt oder einen Nachteil hat. Im Gegenteil: Die Rationierung indirekter oder patientenferner Leistungen kann zu einer Verbesserung der direkten Versorgung durch Umwidmung der Zeiten des fachqualifizierten Personals führen, gleichwohl sich nach außen insgesamt eine Reduzierung des examinierten Personals in der Statistik zeigen würde.

Pessimisten halten dem entgegen, dass der Anteil „indirekter“ Pflegearbeit eine relativ stabile Größe ist. Er liegt beständig bei ca. 40 Prozent. Änderungen im Bestellwesen oder Bettenabbau führen nicht generell zu einer Entlastung, da in der Administration insgesamt ein Zuwachs zu verzeichnen ist. Das erklärt sich vor allem durch mehr Patientenaufnahmen und erhöhte Steuerungsaufgaben. Fest steht: Im Zeitraum von zehn Jahren wurden +19,5 Prozent klinisch arbeitende Ärzte in den Krankenhäusern beschäftigt und 5 Prozent mehr Patienten durch -13,5 Prozent Pflegekräfte versorgt. Ein Mehr an Patienten und Verordnungen bedeutet auch ein Mehr an direkter und nicht delegationsfähiger Arbeit, zum Beispiel Medikationsaufgaben. Pessimisten sehen eine Beschleunigung der Arbeitsprozesse, die insgesamt die Patientensicherheit gefährden könnte.

Die Debatten geben also Anlass dazu, sich der Frage wissenschaftsgestützt zu widmen und zu untersuchen, welche Auswirkungen Rationierungen im Pflegebereich tatsächlich haben. Sind sie heilsame Restrukturierungen mit einer Optimierung der direkten Patientenversorgung oder ein hohes Risiko mit unkalkulierbaren Folgeschäden bis hin zu Todesfällen unter den Patienten?

Ergebnisse in der internationalen Literatur

Man stößt bei der Recherche auf Überraschungen. Während es international ab den 80er Jahren

(Vaughan, MacLeod 1980) ca. 3 000 relevante Veröffentlichungen über die Zusammenhänge von Patientenergebnissen und Pflegekapazität gibt (Lang et al. 2004), ist diese Debatte in der deutschen Landschaft anscheinend gar nicht existent. Erst in den letzten Jahren wird in der Fachpresse die Diskussion aufgenommen, wobei sich die Artikel in Ermangelung eigener Studien auf die Rezeption einiger weniger angloamerikanischer Studien beschränken (Panknin 2003). Mit der Veröffentlichung des Arbeitspapiers „Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG 2006) hat die Diskussion in Deutschland neuen Antrieb bekommen. Dies jedoch vor allem, weil sich sowohl Optimisten als auch Pessimisten gleichermaßen in den Ergebnissen des Arbeitspapiers bestätigt sehen.

Die einen heben hervor, dass das Arbeitspapier keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen Personalverknappung und Patientensicherheit in Forschungsarbeiten aufzeigt. Die anderen sehen sich dadurch bestätigt, dass das Gutachten einen Zusammenhang nicht ausschließt. Die kontroverse Diskussion kann insgesamt als förderlicher Beitrag gewertet werden, denn sie fordert auf höchster Ebene dazu auf, sich dem Thema nun endlich auch in Deutschland zu stellen. International droht man hier, gar keinen Anschluss zu suchen, geschweige denn ihn zu finden. In den angloamerikanischen Ländern werden mit großer Beständigkeit Studien vorgelegt, und in regelmäßigen Abständen werden in Reviews (University of California at San Francisco – Stanford University 2001, University of California at San Francisco, 2002, Kravitz, R. L.; Sauvé, M. J., 2002, Minnesota Evidence-based Practice Center, 2007) die zentralen Ergebnisse des aktuellen Wissens zusammengefasst.

So gesehen ist das deutsche

IQWiG-Arbeitspapier eine Übersichtsarbeit unter vielen. Andere Reviews beziehen dabei eindeutiger Stellung und sehen in der Gesamtheit der Indizien einen „konsistent dargelegten Zusammenhang zwischen der Personalrate und den Patientenergebnissen“ (Minnesota Evidence-based Practice Center, 2007). Auch der ICN, der Weltbund der Pflegeorganisationen jedenfalls sieht wachsende Beweise für einen Zusammenhang von unzureichender Personalausstattung und erhöhten Patientenrisiken (<http://www.whpa.org/factpsafety.htm>).

Kritik und Stärkung der internationalen Studien

In den Reviews wird zumeist ein eindeutiger Zusammenhang zwischen verschiedenen Qualitätsindikatoren und der Personalkapazität im Pflegebereich beschrieben (z. B. Minnesota Evidence-based Practice Center 2007; Bostick et al. 2006; Lankshear et al. 2005; Lang et al. 2004; Kazanjian et al. 2005, University of California at San Francisco – Stanford University 2001, University of California at San Francisco, 2002, Kravitz, R. L.; Sauvé, M. J., 2002). Doch wird auch überwiegend herausgestellt, dass es keine nachgewiesenen Ursache-Wirkungszusammenhänge gibt und die Ergebnisse nicht immer miteinander vergleichbar sind. Dies ist unter anderem den sehr unterschiedlichen Erhebungsarten der einzelnen Studien zuzuschreiben. Es gibt keine verbindlichen Standards bezüglich der Frage, wie man diese komplexen Zusammenhänge beforscht und welche Daten dazu verwendet werden sollten. So bleibt eine Vielzahl von Möglichkeiten bestehen, was als Qualitätsindikator angesehen wird, was man als „Personalkapazität“ definiert und welche Effekte man überprüft. Es wird zum Beispiel Pflegekapazität in Form der Personenanzahl angegeben, in Stunden pro Patient oder in Verbindung zu unterschiedlichen Qualifikati-

onsniveaus.

Insgesamt können die folgenden Kritikpunkte formuliert werden:

- Die eingesetzten Daten wurden oftmals nicht für die Studie selbst, sondern primär für andere Zwecke erhoben. Das schränkt die Nutzbarkeit der Daten hinsichtlich der Fragestellung ein.

- Die Studien sind meist Momentaufnahmen. Es fehlen bis auf wenige Ausnahmen (Mark et al. 2004; Unruh 2003) Longitudinalstudien.

- Es sind Korrelationsstudien, die ein Zusammentreffen beschreiben, aber keinen Ursache-Wirkungszusammenhang beschreiben können.

- Die Auswahl der gemessenen Qualitätsvariablen und in den Zusammenhang gestellten Einheiten der Pflegekapazität ist extrem heterogen (Blegen 2006).

- Viele andere mögliche Einflussfaktoren auf das Pflegeergebnis (Alter, Pflegebedürftigkeit, Gesundheitsziele des Patienten, soziale Situation usw.) werden nicht mit erhoben. Ihr Einfluss könnte größer sein als der gemessene der Pflegekapazität.

- Die klinische Relevanz bzw. Bedeutsamkeit der Ergebnisse wird oft nicht hinreichend diskutiert. So wird mitunter eine statistische Signifikanz von Ergebnissen errechnet, die jedoch klinisch keine Unterschiede ausmacht und irrelevant für die Praxis ist.

Aus diesen Punkten lassen sich für viele Studien fundamentale Kritiken entwickeln, die am Ende dazu führen, die Ergebnisse zu entkräften. Bedacht werden aber muss Folgendes: Es gibt Fragestellungen, die dürfen und können nicht anders beantwortet werden als mit Korrelationsstudien und Kohortenvergleichen. Der Einfluss des Rauchens auf die Lungenkrebsrate ist ein solches Beispiel. Hier kann man keine randomisierte kontrollierte Studie durchführen. Eine klinische Studie über den Einfluss einer sinkenden Pflegekapazität durchzuführen, wäre ethisch ebenso undenkbar und gefähr-

licher Unfug. Man kann und darf nicht die Versorgung bei Patienten absenken, um zu messen, welche Auswirkungen dies auf die Patientensicherheit hat. Für die Zukunft heißt das: Die wissenschaftliche Härte der Aussagen wird sich wahrscheinlich kaum steigern lassen, aber die Zahl der Indizien sehr wohl. Man sollte sich also die Frage stellen: Wie oft müssen Indizien oder Hinweise erbracht werden, bis sie anerkannt werden und daraus Änderungen der Strategien erfolgen?

Es gibt jenseits der wissenschaftlichen Diskussion gute Gründe, die Ergebnisse der Studien auch hierzulande ernst zu nehmen. Selbstredend ist davon auszugehen, dass die Möglichkeiten der pflegerischen Patientenbetreuung, das Erkennen kritischer Zustände im Rahmen von Krankenbeobachtungen, die Versorgung mit Medikamenten usw. von dem ausreichenden Vorhandensein von Pflegekräften abhängt. Dazu bedarf es keiner Forschungsarbeit. Senkt man die Quote und damit auch die Erreichbarkeit des Pflegepersonals ab, kommt es zu „Risiken und Nebenwirkungen“. Einen konkreten „Cut-off-Punkt“ oder eine allgemein gültige Mindestrelation von Pflegekräften zu Patienten zu bestimmen, wird aufgrund der vielfältigen Situationen, Bedingungen und Einflussfaktoren nicht möglich sein und ist eine unrealistische Forderung, die von der Notwendigkeit rechtzeitig einzuleitender Maßnahmen ablenkt.

Es spielen darüber hinaus nicht nur konkrete Gefährdungen der Gesundheit der Patienten, sondern auch die Nicht-Mehr-Gesunderhaltung oder die verzögerte Gesundung bei den Patienten als negative Auswirkungen einer unzureichenden pflegerischen Betreuung eine bedeutsame Rolle. Effekte, die sich noch in keiner Untersuchung finden lassen und die noch früher greifen als die Indikatoren der Gefährdung. Auch die Auswirkungen auf das Personal sind

nicht hinreichend beforscht. Der Gesundheitsbericht 2007 beschreibt weiterhin einen überdurchschnittlich hohen Krankenstand bei Pflegepersonal.

Konsequenzen und Fazit

Nicht nur das IQWiG, auch die Pflegewissenschaft sieht einen erheblichen Forschungsbedarf im Bereich der Patientensicherheit und Pflegekapazität. Im Pflege-Thermometer 2007 hat das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. einige Fragen eng auf die Erkenntnisse der internationalen Studien abgestimmt. So konnte beispielsweise erstmalig ermittelt werden, dass nur wenige Leitungskräfte in Deutschland den international eingesetzten Qualitätsindikator „Mortalitätsrate in der Einrichtung“ als einen Pflegeindikator betrachten. Gleiches gilt für die Verweildauer, die ebenfalls häufig in internationalen Studien verwendet wird. Hier existieren hierzulande offensichtlich andere Sichtweisen auf die Indikatoren. Hinsichtlich der Patientenversorgung und -sicherheit lässt sich jedoch feststellen, dass auch in den deutschen Krankenhäusern eine Veränderung bemerkt wird, die unbedingt weiter systematisch untersucht werden muss. So beschreiben über 40 Prozent der befragten Einrichtungen das Absinken der Möglichkeit, eine hochwertige pflegerische Versorgung anbieten zu können, rund ein Drittel bemerkt sogar das Absinken einer angemessenen Überwachung. Ein Aspekt, der klar in Richtung einer potenziellen Gefährdung weist. Dies sind erste Hinweise, die ersten gesammelten Indizien und weitere konkrete Studien müssen und sollten dem folgen.

(Der Literaturnachweis ist über die Redaktion redaktion@dbfk.de abzurufen.)

Verfasser:

Michael Isfort, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.
Dipl.-Pflegewissenschaftler
Stellvertretender Geschäftsführer
Hülchrather Straße 15, 50670 Köln
Telefon: (02 21) 4 68 61-30, www.dip.de