

**Frühjahrstagung, Verband Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Pflegepersonen e.V. (BALK),  
Landesgruppe Baden-Württemberg  
22.02.2008 in Bad Krozingen**

**Verantwortung im Pflegemanagement**

Peter Bechtel, 1. Vorsitzender BALK e.V. und 1. Vorsitzender der Landesgruppe Baden-Württemberg, begrüßte 75 Pflegefachkräfte und -manager zur Frühjahrstagung in „seinem“ Haus im Herz-Zentrum in Bad Krozingen.

Die Tagung widmete sich dem Thema Patientensicherheit, für die das Pflegemanagement verantwortlich ist. Der Krankenhausaufenthalt eines Patienten ist mit erheblichen Risiken verbunden. Eine außerordentliche wichtige Aufgabe des Pflegedienstes ist die Abwehr von Gefahren im Stations- und Funktionsbereich. Dies steht derzeit im großen Spannungsfeld mit der Reduzierung der Stellenstruktur im Pflegedienst.

**Maria Schubert**, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Universität Basel, stellte die RICH Nursing Studie aus der Schweiz vor. Im Auftrag des schweizerischen Bundesamts für Gesundheit leitete Schubert die Studie über das Ausmaß der Rationalisierung in der Pflege. „Implizite Rationierung von Pflege ist definiert als das Vorenthalten oder Unterlassen von notwendigen pflegerischen Maßnahmen, aufgrund eines Mangels an zeitlichen, personellen oder fachlichen Ressourcen“. Acht Schweizer Akutspitäler nahmen an der Multicenter-Querschnittsstudie teil. Es beteiligten sich 1338 (65%) von 2052 Pflegefachpersonen und 779 (65%) von 1190 stationären Patienten. Das Ergebnis zeigte, dass die Pflegefachpersonen in den 20 aufgeführten notwendigen pflegerischen Maßnahmen ihre Arbeit rationalisieren mussten. Am häufigsten geschah dies im Bereich der Dokumentation. Dagegen führten die Pflegekräfte die Aktivitäten des täglichen Lebens noch am häufigsten aus.

Die Auswirkung der implizierten Rationierung ist, dass die Patientenzufriedenheit sinkt und die Komplikationsrate zunimmt. Die Erhöhung von Dekubitalulcera, Stürzen, Medikamentenfehlern, kritischen Zwischenfällen und nosokomiale Infektionen wirken sich massiv negativ auf das Behandlungsergebnis aus.

Schubert beschrieb das Spannungsfeld, in dem sich die Pflegekräfte heute befinden. Eine gesunkene Personalstruktur fordert von den einzelnen Fachkräften eine ständige Priorisierung ihrer Arbeit, um eine gerechte Patientenversorgung sicherzustellen. Die Pflegekräfte seien gezwungen, den Zeitmangel zu kompensieren, in dem sie einzelne Tätigkeiten aufschieben, aktivierende Pflege vernachlässigen und vor allem im administrativen Bereich Arbeiten unerledigt liegen lassen müssen.

Schubert forderte die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen auf, sich Gedanken zu einem sinnvollen Gesamtpaket zu machen. Sie stellte die Frage, ob eine Investition in die Quantität und Qualität der Pflegekräfte nicht günstiger sei, als die Folgen der impliziten Rationierung und die Unzufriedenheit der Patienten ausgleichen zu müssen. Die Pflegemanager ermutigte sie, sich gut zu überlegen, wo die Grenze der implizierten Rationierung in ihren Kliniken liegt, wie ein sinnvoller Skill-Mix aussehen kann und wie ein gutes Arbeitsumfeld die Arbeitsabläufe positiv beeinflusst.

**Martina Runge**, Mitarbeiterin der Pflegedirektion im Klinikum Darmstadt, informierte über die aktuelle Diskussion um Medikationsfehler. In den USA ist die 6. häufigste Todesursache im Krankenhaus auf einen Fehler bei der Arzneimittelgabe zurückzuführen.

Runge beschrieb beim pflegerischen Risikomanagement, wie Pflegekräfte die Patientensicherheit im Bezug auf die Medikation sicherstellen können. Sie schilderte den Prozess der Medikamentengabe von der Informationssammlung bis zur Patientenüberwachung. Sie verdeutlichte in den einzelnen Schritten die Fehlerquellen und zeigte Strategien zur Risikominimierung und -eliminierung auf. Der häufigste Fehler in diesem Prozess liegt in der Verordnung der Medikamente. Dabei stehen die Lesbarkeit der Verordnung und die häufig vorkommenden Übertragungsfehler im Vordergrund. Sie wies darauf hin, dass in der Regel nicht der einzelne Mitarbeiter Schuld trägt, sondern es sich meistens um strukturelle Mängel handelt. Runge beschrieb, welche operativen und strategischen Maßnahmen zur Sicherheit in der Medikation führen. Sie zeigte Lösungen von der einzelnen personellen Veränderung bis zur Unit Dose auf. An die Pharmazeutische Industrie richtete sie den Appell, ihre Verpackungen und Beschriftungen eindeutig unterscheidbar zu machen.

**Michael Isfort**, Dipl.-Pflegerwissenschaftler (FH) und stellvertretender Geschäftsführer am Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) in Köln, präsentierte das vieldiskutierte „Pflege-thermometer 2007“, in dem die deutliche Reduzierung der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern beschrieben wurde.

Im Spätsommer 2007 sorgte die Veröffentlichung der Untersuchung für eine medienwirksame Diskussion in Deutschland über dem gefährlichen Sparkurs für die Patienten und die dadurch entstehenden Risiken im Krankenhaus. In vielen Fernseh- und Radiobeiträgen erfuhr die Öffentlichkeit von der Reduzierung der Pflegekräfte von 50 000 Stellen im Zeitraum von 10 Jahren und der steigenden Arbeitsbelastung durch die Zunahme von Krankenhausfällen um 1 Millionen Patienten. Sogar Radio Vatikan bat Isfort um ein Interview.

Isfort betrachtete das Ergebnis des Pflege-thermometers als Grundlage für die Zukunft im Krankenhaus. Er stellte die derzeitige Praxis der Personalstruktur in den Kliniken dar. Als paradox bezeichnete er die Situation, dass bei steigenden Patientenzahlen und komplexeren Behandlungen immer mehr Stellen im Pflegedienst entfallen. Außerdem werden Fachkräfte durch Hilfskräfte ersetzt, die nicht alle anfallenden Arbeiten leisten können.

Isfort sieht mit Spannung den Auswirkungen entgegen, wie sich die heute noch subjektiv empfundene Überlastung der Pflegekräfte auf die Patientenversorgung niederschlägt. Vermeidbare Komplikationen steigen durch die derzeitige Personalstruktur an. In Krankenhäusern und stationären Altenpflegeeinrichtungen ist heute schon ein Zuwachs an vermeidbaren Komplikationen zu verzeichnen. Bei der hohen Zunahme von Stürzen, Dekubitalulcera oder Mangelernährung kann nicht mehr von Einzelfällen gesprochen werden. Isfort drängt zu einer objektiven Betrachtung, um diesem entgegen wirken zu können. Allerdings sieht er es für ethisch bedenklich an, mit solchen Zahlen an die Öffentlichkeit zu gehen. Es sind derzeit auch kein großer Klinikbetreiber oder die Politik bereit, eine Studie in diesem Bereich anzugehen.

Isfort forderte auf, sich der Frage zu stellen, wie die Pflegepersonalreduzierung gestoppt werden kann und somit die Pflegequalität erhalten bleibt. Eine Reduzierung der Fachkräfte und die Steigerung der Hilfskräfte sind dazu aus seiner Sicht ungeeignet. Als Schwierigkeit dabei sieht er die kurzen Prozesse der Pflegetätigkeiten und die unzulängliche Personalbemessung an. Die Tätigkeitsanalyse der Pflegenden zeigte auf, dass die Prozesse zu kurz sind und zu unberechenbar, um sie an andere Mitarbeiter abzugeben. Die Personalbemessung ist immer noch schwierig, da es keine geeigneten Kennzahlen zur Leistungsbemessung gibt. Peter Bechtel nahm Isfort's Forderung auf, dass sich die Berufspolitik zielgerichtet und verstärkt um die Personalsituation im Pflegedienst kümmern muss.

**Rolf Höfert**, Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbandes (DPV) e.V., Mitglied des Deutschen Pflegerates und Experte für Pflegerecht, nahm die Teilnehmer mit in das rechtliche Spannungsfeld der Pflege. Er stimmte Isfort zu und stellte klar, dass die derzeitige Diskussion um den Mangel der Pflegekräfte den einzelnen Richter nicht interessiert. Mit provokativen Zahlen eröffnete er seinen Vortrag: 40.000 Tote bedingt durch ein Dekubitus, 45.000 Tote durch Medikationsfehler und 10.000 Tote durch eine Thromboembolie (etc.). Insgesamt sterben so pro Jahr 150.000 Patienten und Bewohner in deutschen Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen durch Pflegefehler. Dabei stehen, so Höfert, auch oft hinter dem medienwirksamen Schlagwort des Ärztepfuschs in Wahrheit durch Pflegekräfte verschuldete Fehler. Trotz dem Mangel an Pflegefachkräften schauen die Gerichte nur nach den einzelnen Vergehen in der Durchführungsverantwortung und dem Übernahmeverschulden. Das Verschulden des Pflegemanagement sieht er dabei im Fehlen von klaren Organisationsanweisungen. Höfert unterlegte dies mit schockierenden Beispielen von tatsächlich vorgekommenen Fällen. Die beeindruckenden Zahlen des Pflege thermometer 2007 hebeln für ihn die Grundrechte der Unverletzlichkeit und der Menschenwürde sowie der weiteren gesetzlichen Grundlagen nicht aus. Die jeweilige Ausbildung bietet den Grundstock für die sichere Ausübung des Berufes und eine ständige Aktualisierung seines Wissens und Handels sorgt für eine adäquate Patientenversorgung. Die Aufgabe des Pflegemanagements sieht Höfert in der Initiierung, Umsetzung und Sicherstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Zudem müssen sich die Pflegemanager vergewissern, dass ihre Mitarbeiter up to date sind. Auch jeder Mitarbeiter steht in der Verpflichtung, sich dieser ständigen Überprüfung zu stellen. Höfert verwies auf die Berufsordnungen von Bremen und vom Saarland sowie der übergeordneten Anweisung vom Deutschen Pflegerat. Auch wenn diese in Deutschland noch nicht durchgängig bekannt sind, wird jeder Jurist zum Beweis der Fahrlässigkeit sich sehr schnell auf die Berufsordnungen beziehen.

Höfert enthemmte das rechtliche Spannungsfeld mit seinen Lösungsansätzen. Dabei steht für ihn die Remonstration im Vordergrund, bei dem jede einzelne Pflegekraft und -manager seine Bedenken äußern kann, um sich zu entlasten. Höfert sieht Leitlinien und Standards als dringliche Maßnahmen an, um ein sicheres Verhalten in seinem Berufsfeld zu gewährleisten. Basis dafür sind für ihn die nationalen Expertenstandards, die seit 2000 in Deutschland entwickelt werden. Diese sind im Straf- und Zivilgerichtsverfahren die Basis der Rechtsprechung. Klar ist für Höfert: nur was dokumentiert ist, ist auch geschehen. Und für den praktischen Umgang in der Umsetzungsverantwortung: was nicht schriftlich vom Arzt festgehalten ist, ist es auch nicht angeordnet. Höfert's Fazit: „Vorbeugen ist besser als Haften“.



**Dr. Philipp Teubner**, Facharzt für Anästhesie und Mitarbeiter des Zentrums für europäisches Qualitätsmanagement (Unternehmensberatung im Gesundheitswesen) Mannheim stellte in seinem Referat das klinische Risikomanagement „St. Galler Critical Incident Reporting System (CIRS)“ vor (Berichtssystem für kritische Zwischenfälle).

Dr. Teubner zeigte auf, wie Fehler im Prozess entstehen und wie meistens damit umgegangen wird. Ein Beinahe-/Zwischenfall entsteht in der Aneinanderkettung von

Versäumnissen, die sich wie durch einen „löchrigen Käse“ fortsetzen. Fehler und dadurch bedingte Schäden können sich nur entwickeln, wenn keine Fehlerabwehr greifen kann. Die Mitarbeiter sind nach Eintreten von Schäden verunsichert und überfordert, es folgen Schuldzuweisungen und Misstrauen und die Ereignisse werden verleugnet und verdrängt.

Risiken werden so Dr. Teubner nur unzureichend im Vorfeld beachtet. Mitarbeiter, die Risiken aufzeigen, werden oft nicht gehört oder die Gefahr wird verneint oder selten wahrgenommen. Risiken in der Behandlung betreffen Beteiligten und gefährden sie psychisch, physisch und wirtschaftlich. Dr. Teubner sieht das Risikomanagement als einen wichtigen Baustein eines guten Qualitätsmanagement an. Das systematische Angehen eines Sicherheitsmanagement, wie CIRS es bietet, betrachtet die unterschiedlichen Dimensionen Mensch und Technik. Dabei ist der Mensch ein geringeres Risiko, so Teubner, als die rasant fortschreitende Technik und die Organisationsstrukturen in den Kliniken. CIRS hilft, Gefahren aufzuzeigen und systematisch zu entschärfen. Dr. Teubner beschrieb die Stärken und Chancen von CIRS und zeigte die Schwächen und Risiken auf. CIRS bietet ein Instrument, um langfristig fehlerfreier handeln zu können und bindet die Mitarbeiter auf allen Ebenen mit ein. Die Etablierung und die Umsetzung sind aufwändig und langsam. Dr. Teubner zeigte den Meldekreis auf. CIRS ermöglichte allen Mitarbeitern mittels eines einfachen elektronischen Meldebogens anonym Zwischenfälle zu melden. Diese werden durch benannte Vertrauenspersonen, die keine Führungskräfte sind, überprüft, weiter anonymisiert und zur Bearbeitung und zur Lösung in den definierten Meldekreis eingebracht. Dabei werden nur kritische Zwischenfälle und keine Schäden bearbeitet. CIRS baut auf die Freiwilligkeit der Mitarbeiter und fördert diese durch die strikte anonyme, interdisziplinäre und hierarchiefreie Bearbeitung. CIRS geht weg von dem Standpunkt der persönlichen Fehler. In diesem Sicherheitssystem wird nicht die Frage gestellt, wer hat den Fehler verursacht, sondern, wie konnte er geschehen.

CIRS ist somit eine Methode, die die Aneinanderkettung von Versäumnissen frühst möglich stoppt, Risiken erkennen lässt und so langfristig Gefahren für die Gesundheit der Patienten verringert. Dr. Teubners Abschlussworte beschrieben in einem Satz die Wirksamkeit des Systems: „Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch“ (Johann Christian Friedrich Hölderlin).

Die Referenten zeigten unabhängig voneinander deutlich das Spannungsfeld auf, in dem die Pflege sich derzeit befindet. Es herrscht ein belegter Mangel an Pflegefachkräften, doch Politiker und Juristen interessiert dies nicht. Offensichtlich ist die Patientensicherheit nicht mehr ausreichend gewährleistet

und bedingt durch die Budgetbeschränkungen im Gesundheitswesen sinken die Stellenzahlen und der Qualifizierungsstand der Pflegekräfte weiter. Der Tarifstreit im öffentlichen Dienst wird bei einer überhöhten Gehaltsforderung diese Situation noch verschlimmern. Eine der ersten Tätigkeiten, die von den Pflegekräften rationalisiert werden, ist die Dokumentation. Aber genau diese ist notwendig, um die pflegerische Qualität nachzuweisen. Stimmig zeigten die Vorträge das Dilemma zwischen Patientensicherheit, Stellenstruktur und Management zur Vermeidung von Fehlern auf. Das Pflegemanagement und die Berufspolitik sind aufgefordert, sich diesem Feld verantwortungsvoll zu widmen und Abhilfe zu schaffen. Ein Abwarten auf die Hilfe deutscher Politiker und Verantwortlicher verschlimmert die Situation der Mitarbeiter und vor allem der uns anvertrauten Patienten. Dabei ist jede Pflegekraft aufgefordert, zu entscheiden, was für die Sicherheit der Patienten notwendig ist und ihre Arbeit zu priorisieren. Dies muss allerdings anhand der Notwendigkeiten aus Sicht der Patienten und des Behandlungsprozesses geschehen und nicht auf Grund des eigenen Standpunkts.



Im Anschluss an die Tagung bot Peter Bechtel den Teilnehmern die Möglichkeit, den vor kurzem fertig gestellten Neubau des Herz-Zentrums Bad Krozingen zu besichtigen. Die Klinikerweiterung bietet auf vier Stockwerken in einem sehr angenehmen Ambiente den Patienten eine moderne und umfangreiche Diagnostik und Behandlung.

Die nächste Tagung der BALK Landesgruppe Baden-Württemberg findet am 24./25.04.2008 im Kloster Reute bei Bad Waldsee mit den Themen „Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus“ und „die Kunst der Führung – Wie Mitarbeiter motiviert und emotional gebunden werden“ statt. Zudem feiert die BALK Landesgruppe Baden-Württemberg in diesem Rahmen ihr 25-jähriges Bestehen.

**Linda Göttel**

Vorstand BALK, Landesgruppe Baden-Württemberg

22.02.2008