

## PERSONAL AUSSTATTUNG

# Lassen sich mit mehr Personal Fehler vermeiden?

Führen Personal- und Zeitmangel automatisch zu einer höheren Fehleranzahl bei der Leistungserbringung im Krankenhaus? Unser Autor hat sich auf Spurensuche begeben, welche Korrelation besteht zwischen Personaldichte und Leistungsqualität besteht.



*Ist die zunehmende Arbeitsdichte ursächlich für Behandlungsfehler in Krankenhäusern?*

„Mehr Pflegepersonal in Kliniken trägt nach Meinung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) dazu bei, Behandlungsfehler zu vermeiden. ‚Je weniger Pflegekräfte im Einsatz pro Patient sind, desto mehr Fehler passieren durch Überlastung‘, erklärte der stellvertretende Vorsitzende Prof. Dr. med. Hartmut Siebert beim ‚Gemeinsamen Kongress zur Patientensicherheit‘ in Hamburg.“ So berichtet das Ärzteblatt am 11. April 2014. Dieser Einschätzung würde wohl kaum jemand spontan widersprechen wollen. Ist denn etwas anderes vorstellbar, als dass es vorrangig Personal- und Zeitknappheit seien, die zu vermehrten Fehlern oder Hygieneverstößen

und v.a. zu verminderter menschlicher Zuwendung führen?

Es lohnt sich jedoch, einen Blick in die hierzu durchgeführten Studien zu werfen und nachzusehen, welche Korrelationen zwischen Personaldichte und Leistungsqualität im Krankenhaus bestehen bzw. von welchen anderen Parametern die Leistungsgüte im Krankenhaus wohl sonst noch abhängen könnte:

- **Stationsauslastung:** Eine Analyse von 256 Krankenhausabteilungen in 83 deutschen Kliniken zeigt, dass sich jenseits einer Bettenauslastung von 92,5 Prozent die In-housemortalität mit einer weiteren Belegungsdichte linear erhöht. Man sieht in der dort als Grenze zur zunehmenden Gefährdung gefundenen Belegung von 92,5 Prozent einen „Tipping point“ (in unserem Jargon als Kippeffekt bezeichnet) (Kuntz 2014).
  - **Personalstärke sowie Ausbildungsstand von Pflegekräften:** Eine multinationale, multizentrische Studie bei 422.370 Patienten in 300 Kliniken aus neun europäischen Ländern zeigt, dass mit jedem von einer Pflegekraft betreuten Patienten die Frühmortalität um sieben Prozent zunimmt und mit Zunahme des Ausbildungsstands der Pflegekräfte (hier: Bachelor-Abschluss, je zehn Prozent Bachelor-Absolventen) die Frühmortalität um sieben Prozent abnimmt (Aiken 2014).
  - **Einführung von standardisierten Prozessen:** Durch Etablierung einer SOP zum Umgang mit Gefäß-
- zugängen konnte das Ausmaß von einschlägigen Infektionen am Zugang dauerhaft signifikant reduziert werden (O'Connor 2012). Entsprechend waren standardisierte Protokolle in der Lage, dauerhaft die Rate der beatmungsassoziierten Pneumonien von zuvor 6,1 Pneumonien je 1.000 Beatmungstage auf 1,98 Pneumonien je 1.000 Beatmungstage zu reduzieren (Charles 2011). Analog wirkte sich die Etablierung standardisierter Übergabeprotokolle und standardisierter interdisziplinärer Visiten signifikant positiv auf die Rate von Harnwegsinfektionen aus (Townsend-Gerwis 2014).
- **Medikationsfehler auf Intensivstationen** korrelierten signifikant mit dem Umfang der Medikation, der Erkrankungsschwere der Patienten und der Zahl der pro Pflegekraft betreuten Patienten (Valentin 2009).
  - **Höhere individuelle Belastung von Ärzten** korreliert mit längerer Verweildauer der Patienten und höheren Fallkosten (Elliott 2014) bzw. mit einer schlechteren Zuwendung gegenüber Patienten (Ansmann 2013).
  - **Patientenaufnahmen außerhalb der Regelarbeitszeit** sind mit höheren Raten der Frühmortalität verbunden (Foss 2006, Madsen 2014).
  - **Relative Unterbesetzung** (geringer als vorgesehen) des Pflegepersonals korreliert mit höherer Mortalität (Needleman 2011).

- Eine übervolle Notaufnahme bzw. Notaufnahmestation mit verschlechtertem Abfluss ins übrige Krankenhaus korreliert mit deutlich höherer Frühmortalität (Sprivulis 2006).

Auch die Arzthaftpflichtrechtsprechung hat sich mit der Frage einer angemessenen Personalausstattung mehrfach auseinandergesetzt. Einige Beispiele:

- „Ein unfallchirurgisches Krankenhaus muss einen Organisationsplan haben, der bestimmt, wie bei Einlieferung von Unfallopfern zu verfahren ist, und der sicherstellt, dass eine dem Standard der ärztlichen Kunst entsprechende Versorgung der Patienten auch nachts und an dienstfreien Tagen stattfindet.“ (OLG Hamm 1980)
- „Die unzureichende personelle Besetzung des Krankenhauses mit Pflegekräften entlastet den Arzt nicht, wenn er nicht darlegt, dass er sich beim Krankenhausträger erfolglos um zusätzliche Pflegekräfte bemüht oder erfolglos eine Verlegung des Patienten in eine ausreichend ausgestattete andere Klinik versucht hat.“ (OLG Celle 1983)
- „Der Krankenhausträger ist zum Schutz der Patienten verpflichtet, durch geeignete Organisationsmaßnahmen sicherzustellen, dass

keine durch einen anstrengenden Nachtdienst übermüdeten Ärzte zu Operationen eingeteilt werden.“ (BGH 1985)

In den Urteilen geht es stets um eine angemessene Ausstattung mit qualifiziertem Personal. Die Frage, welche Personaldichte „angemessen“ sei, wird jedoch in keinem der Urteile ausdrücklich in Zahlen oder Personalquoten beantwortet.

#### **SIND BEHANDLUNGSFEHLER WIRKLICH VERMEIDBAR?**

Im Prinzip ja, aber nur im Prinzip: In keiner der analysierten Publikationen wird der Nachweis geführt, dass die Personalstärke alleine entscheidend sei für eine risikoarme Patientenbehandlung. Stets handelt es sich zusätzlich um organisatorische Gegebenheiten im Umfeld des Personals – organisatorische Gegebenheiten, die natürlich u.a. auch mit der Personalstärke zu tun haben: Die Kombination von ausreichender Personalzahl und deren Ausbildungsstatus, die Kombination einer ausreichenden Personalzahl mit einem ausreichenden Patientenabfluss aus der Notaufnahme, die Kombination aus ausreichender Personalzahl und der Etablierung stabiler Prozeduren usw.

#### **WELCHE BEDEUTUNG HAT DIES FÜR DEN AKTUELLEN SACHSTAND?**

Der Ruf nach mehr Geld und damit verbunden nach mehr Personal ist beliebig

oft zu hören. Mit der Frage, ob mehr finanzielle Mittel alleine ausreichen, um die Patientenversorgung (und damit auch die Krankenhäuser) zu entlasten, haben wir uns vor einem Monat an derselben Stelle beschäftigt (HCM 12/2014, Seite 18–19). Wir mussten diese Frage damals verneinen.

Analoges gilt für die Frage, ob mehr Personal alleine den Krankenhäusern und Kliniken helfen kann. Auch hier lautet die Antwort nein. Vielmehr haben wir auch hier unsere Hausaufgaben zu machen. Das heißt: perfekte Einsatzplanung, Etablierung von stabilen Prozeduren, richtige Verteilung der Aufgaben auf die verschiedenen Berufsgruppen, Ende des Personalmissbrauchs für technisch insuffiziente IT, nicht funktionierende Aufzüge oder schlecht geschnittene Stationen.

Am Ende sind es die Pflegefachkräfte und die Ärzte, deren Fehlen bei allen Beteiligten mit Bitternis bemerkt wird. Gerade deshalb muss es ein Anliegen einer guten Krankenhausorganisation sein, die (grenzwertig geringen) Personalköpfe optimal zielgerichtet einzusetzen.

**PROF. DR. MED.  
MARTIN L. HANSIS**

Karlsruher Institut für Technologie und Mitglied des Redaktionsbeirats von *HCM*,  
Kontakt: martin.hansis@kit.edu

Dummy-  
Bild

# Füller

## 1/3