

## **Die Operationalisierung der Ziele des Pflegedienstes**

**Dr. Heinz Locher**

Schriftliche Fassung eines Referats, gehalten am 13. Januar 1975 in der  
Werner-Schule vom Roten Kreuz, Schwesternhochschule, Göttingen

Einleitung

1. Zum Begriff der Operationalisierung von Zielen
2. Das Zielsystem des Krankenhauses
3. Zielkonflikte

1. Teil: Die Ziele des Pflegedienstes und deren Operationalisierung	1
1 Zur Zielhierarchie	1
10 Ueberregionale und regionale Spitalplanungen	1
11 Ziele des einzelnen Spitals	1
12 Ziele einzelner Kliniken und Pflegeeinheiten	1
13 Patientenbezogene Ziele	1
2 Auf den Patienten bezogene Ziele	2
20 Vorbemerkung	2
21 Die angestrebte Pflegequalität und ihre Beurteilung	2
210 Beurteilungskriterien	2
211 Die Festlegung von Leistungsstandards	4
212 Die Beurteilung der Qualität von Pflegeleistungen	5
3 Die Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes und die Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals	9

## Einleitung

### 1. Zum Begriff der Operationalisierung von Zielen

Ziele operationalisieren bedeutet, sie so eindeutig zu formulieren, dass die Zielerreichung messbar und damit kontrollierbar wird. Eine Operationalisierung von Zielen ist auch in Bereichen möglich, die sich nicht oder kaum quantifizieren lassen. Wir werden diesem Problem später noch begegnen.

### 2. Das Zielsystem des Krankenhauses

Wie jede andere Organisation verfolgt ein Krankenhaus nicht ein einzelnes Ziel, sondern ein ganzes Bündel verschiedener Ziele - ein Zielsystem. Diese Tatsache trifft auch auf den Pflegedienst im Krankenhaus zu.

(1) Die Genesung des Patienten bildet das primäre Ziel des Pflegedienstes. (2) Ein zweites Ziel bezieht sich auf die Pflegenden. Wir können die Arbeit des Pflegepersonals als Aktivität im Dienste der Bedürfnisbefriedigung des Arbeitenden betrachten. Nach Maslow lassen sich bei jedem Menschen verschiedene Bedürfnisschichten unterscheiden, die teilweise nacheinander, teilweise gleichzeitig als drängend empfunden werden. Demzufolge muss die Arbeitssituation in einer Art und Weise gestaltet sein, die dem Personal die Befriedigung eines möglichst weiten Bereichs seiner aktuellen Bedürfnisse erlaubt. (3) Infolge der Knappheit der zur Verfügung stehenden sachlichen und personellen Mittel gelten auch für den Pflegedienst die Grundsätze des Rationalprinzips, nach denen eine jede Tätigkeit der ratio entsprechend ausgeführt wird in der Absicht, den Erfolg im Verhältnis zum Einsatz maximal zu gestalten. Das Prinzip der Wirtschaftlichkeit als ökonomischer Ausdruck des Rationalprinzips bildet deshalb ein weiteres Element im Zielsystem des Pflegedienstes. (4) Das Spital ist auch Ausbildungsstätte für eine Vielzahl von Berufen, besonders für Aerzte und Pflegepersonal. Die Auszubildenden sind in erster Linie als Lernende und nicht als Arbeitende zu betrachten. (5) Schliesslich dienen viele Pflegeeinheiten als Ort medizinischer und neuerdings auch pflegerischer Forschung, dem 5. Element im Zielsystem des Pflegedienstes. Ausbildung und Forschung tragen indirekt ebenfalls zur Erreichung des auf den Patienten bezogenen Genesungsziels bei.

### 3. Zielkonflikte

Die einzelnen Ziele stehen nicht unabhängig nebeneinander, oft ergeben sich Konkurrenzsituationen, in denen sich Massnahmen zur Erreichung des einen Ziels ungünstig auf die Erreichung eines andern Ziels auswirken - es entstehen Zielkonflikte. Dabei handelt es sich oft um eine Konkurrenzierung des Genesungsziels durch andere Ziele, beispielsweise bei der Frage, ob der Spitalaufenthalt eines Patienten aus Rücksichtnahme auf laufende Forschungsprojekte verlängert werden dürfe oder bei einer zeitlichen Kollision von Untersuchungen und Lehrveranstaltungen, welche die Anwesenheit des Patienten erfordern, der Entscheid

Diss S.12

über die Priorität. Ein anderes Beispiel bilden die Diskussionen um die Regelung der Besuchszeit. Hier konkurrenzieren sich die Genesungsbedürfnisse des Patienten, konkretisiert als Bedürfnis, mit seinen Angehörigen verbunden zu bleiben, und die Forderung des Pflegepersonals und der Aerzte nach einem möglichst "ungestörten" Tagesablauf. Dieses Problem zeigt sich besonders ausgeprägt in einem schweizerischen Kantonsspital mit Schichtbetrieb. Damit das Pflegepersonal trotz der 5-Tageweche auf die verlangte Arbeitszeit von 45 Stunden kommt, überschneiden sich die Morgen- und Abendschicht am frühen Nachmittag während 3 - 4 Stunden. Eben zu dieser Zeit findet aber traditionsgemäss die Besuchszeit statt. Da viele Patienten aus zum Teil abgelegenen Teilen des Kantons stammen, lässt sich die Besuchszeit nicht einfach auf den Abend verlegen, weshalb am frühen Nachmittag zwar zahlreiches Pflegepersonal anwesend ist, aber nicht voll eingesetzt werden kann.

1. Teil: Die Ziele des Pflegedienstes und deren Operationalisierung

---

1 Zur Zielhierarchie

10 Ueberregionale und regionale Spitalplanungen

Die Ziele und Grundsätze eines Spitals, vergleichbar mit den unternehmungspolitischen Grundsätzen eines Industriebetriebs, sollen die Grundlinien des Handelns auf längere Sicht festlegen. Im öffentlichen oder mit öffentlichen Geldern unterstützten Spital wird der Zielentscheid zu einer politischen Entscheidung, werden doch in vielen Kantonen Spitalgrösse und "Sortimentspolitik", also die bereitzustellenden Fachbereiche, seit einigen Jahren im Rahmen der kantonalen und regionalen Spitalplanung festgelegt. Sie bestimmt auch wesentliche Grundsätze der Spitalführung und weitere Aufgaben wie die Ausbildung von Medizinstudenten, Pflege- und anderem Spitalpersonal sowie die medizinische Forschung.

11 Ziele des einzelnen Spitals

Die einzelnen Spitäler können innerhalb dieses überbetrieblichen Rahmens ihre eigenen Ziele konkretisieren, wobei sich durch die Wahl der leitenden Aerzte je nach deren Spezialgebiet besondere Einflüsse auf Bau und Betrieb ergeben können (Ausbau des Operationstraktes, durchschnittliche Bettenbelegung). Damit werden auch die Grundlagen für die Ziele des Pflegedienstes geschaffen, welcher oft weitere interessierte Gruppen in seine Ziele einbezieht, beispielsweise die Krankenpflegeschule, für welche das Spital als Ausbildungsstätte dient, oder den religiösen Orden, der seine Angehörigen auf den Spitalabteilungen einsetzt.

12 Ziele einzelner Kliniken und Pflegeeinheiten

Neben einer allgemeinen Zielsetzung für ein ganzes Spital bedürfen die einzelnen Kliniken und Pflegeeinheiten eigener, konkreter formulierter Prinzipien. Dies gilt ganz besonders für die auf den Patienten bezogenen Ziele.

13 Patientenbezogene Ziele

Sollen sich Aerzte und Pflegepersonal mit dem ganzen Menschen in seiner Individualität auseinandersetzen können, müssen wir schliesslich für jeden Patienten individuelle Ziele, Pflege- und Behandlungspläne fordern, die laufend seinen Genesungsfortschritten anzupassen sind.

## 2 Auf den Patienten bezogene Ziele

### 20 Vorbemerkung

Als auf den Patienten bezogene Ziele des Pflegedienstes werden allgemein dessen Gesundheit oder Genesung, allenfalls die Ermöglichung eines friedlichen Todes, bezeichnet. Freilich unterscheiden sich die Auffassungen über den Gesundheits- oder Krankheitsbegriff beträchtlich. Wer auf den Patienten bezogene Ziele des Pflegedienstes festlegen will, wird sich deshalb über seinen Gesundheitsbegriff Klarheit verschaffen müssen.

Die Frage nach den patientenbezogenen Zielen des Pflegedienstes lässt sich zudem nicht trennen von der Frage nach dessen besonderen Funktionen im Spital und seinen Beziehungen zu anderen Spitalbereichen, vor allem zur ärztlichen Tätigkeit. Wenn es so etwas wie eine eigenständige Funktion des Pflegedienstes gibt, wird sich das Pflegepersonal zusätzlich zu den spitaleigenen Zielen und Prinzipien an grundlegende berufsethische Normen halten, die unabhängig vom jeweiligen Arbeitsort gelten.

Die möglichst klare Umschreibung der angestrebten "Pflegequalität", also des Begriffes, mit dem das Genesungsziel operationalisiert werden soll, bildet eine wesentliche Voraussetzung für einen zielbewussten Einsatz des Pflegepersonals.

## 21 Die angestrebte Pflegequalität und ihre Beurteilung

### 210 Beurteilungskriterien

Zur Konkretisierung der auf den Patienten bezogenen Ziele des Pflegedienstes bedient man sich wie erwähnt des Begriffes der Pflegequalität.

Wie der Begriff aussagt, soll lediglich die Qualität pflegerischer Leistungen beurteilt werden. Deshalb haben wir als erstes den Umfang der betrachteten Leistungen abzugrenzen und den Einfluss derjenigen Faktoren auszuschalten, die sich ebenfalls direkt oder indirekt auf den Erfolg der Pflegetätigkeit - die Genesung des Patienten - auswirken.

Nachdem wir den Bereich der zu beurteilenden Pflegeleistungen abgegrenzt haben, stellt sich als nächstes die Frage nach der Auswahl der zu beurteilenden Verhaltensweisen oder Konsequenzen dieser Verhaltensweisen.

Wir können die damit verbundenen Schwierigkeiten am Beispiel einer Frau veranschaulichen, der infolge eines bösartigen Geschwürs eine Brust entfernt werden muss. Einerseits wird es die Aufgabe des Pflegepersonals sein, ihr bei der psychischen Bewältigung dieses Verlustes beizustehen. Zum andern ergibt sich eine ganze Reihe von somatischen Kriterien zur Beurteilung der Pflegequalität, wie beispielsweise Fieberfreiheit, Schmerzlinderung, rasche und saubere Wundheilung. Wiederherstellung der vollen Beweglichkeit der oberen Extremitäten. Diese rein

Mehrdimensionale Gliederung der Kriterien zur Beurteilung der Pflegequalität

---

in bezug auf die Blackbox	in bezug auf den Umfang der Aussage	A Beurteilung einzelner Aspekte der Pflegequalität	B Beurteilung der Gesamtqualität der Pflege
1. rein inputbezogen		A <sub>1</sub> Qualität der Pflegeleistung	B <sub>1</sub> Qualität der Pflegeleistungen
2. rein outputbezogen		A <sub>2</sub> Qualität des Pflegeerfolges	B <sub>2</sub> vgl. Anmerkung
3. Input-Output-Beziehungen aufzeigend		A <sub>3</sub> Qualität der Pflegeleistung und des Pflegeerfolges	B <sub>3</sub> vgl. Anmerkung

Anmerkung: Wie wir dargestellt haben, lässt sich der auf die Krankenpflege zurückzuführende Anteil an den gesamten Genesungsfortschritten des Patienten nicht isolieren, weshalb aus den Feldern B<sub>2</sub> und B<sub>3</sub> keine Rückschlüsse auf die Pflegequalität gezogen werden dürfen.

---

Quelle: Locher, Heinz, Der Pflegedienst im Krankenhaus, Verlag H. Huber Bern, Stuttgart, Wien, 1973.

illustrative Aufzählung, welche nicht vollständig sein kann, zeigt das Problem, alle möglichen Konsequenzen pflegerischer Handlungen vorausszusehen und die als wichtig erachteten zur Beurteilung heranzuziehen. Wie wir erwähnt haben, muss das auf den Patienten bezogene Genesungsziel konkretisiert werden, da es, in seinem Inhalt umstritten, nicht selber als Massstab verwendet werden kann. Mit dem dafür verwendeten Begriff der Pflegequalität umschreiben wir demnach Ersatzkriterien. Sie sollten in einem möglichst engen Zusammenhang zur Zielsetzung stehen, damit angenommen werden darf, dass Massnahmen, deren Konsequenzen in bezug auf das Ersatzkriterium günstig lauten, auch gemessen am letztlichen Ziel positiv zu beurteilen seien. In der Praxis wird man sich oft damit begnügen müssen, auf der allgemeinen Erfahrung beruhende Zusammenhänge anzuerkennen.

Dieser Begriff der Pflegequalität erleichtert die Auswahl der zu beurteilenden Verhaltensweisen, wenn wir ihn mit der Black-box-Methode verbinden. Dabei betrachten wir den kranken Menschen als black-box. Als Input wirken die einzelnen Pflegeleistungen sowie weitere, vom Pflegepersonal nicht beeinflussbare Faktoren wie der Behandlungsplan des Arztes und die allgemeine Spitalsituation (Bau, Einrichtung, Verpflegung). Den Output bilden die Reaktionen des Patienten (Unruhe, Schwitzen, Veränderung bestimmter biochemischer Werte, Tod, usw.). Der gegenwärtige Stand unseres Wissens erlaubt uns auch Aussagen über die innere Struktur der black-box und deren interne Prozesse, zudem verfügt das Pflegepersonal über Informationen betreffend den physischen und psychischen Zustand des Patienten.

Als letztlisches Ziel sämtlicher Bemühungen der Krankenpflege bleibt die Verbesserung des Gesundheitsstandes des Patienten. Mit Hilfe der Kriterien beurteilen wir also einmal den Pflegeerfolg (Output). Pflegequalität bedeutet in diesem Fall Pflegeerfolg, gemessen an den durch die Pflege Tätigkeit beeinflussten Verhaltensweisen des Patienten. Um den gewünschten Pflegeerfolg zu erreichen, muss das Pflegepersonal zur Gestaltung seines Mitteleinsatzes Aufschluss über Input-Output-Beziehungen gewinnen. Sofern dies möglich ist, kann es für die tägliche Arbeitssituation Kriterien zur Beurteilung seiner Verhaltensweisen (Inputs) festlegen, die es ihm dank seiner Kenntnis der black-box-Struktur oder der Input-Output-Beziehungen erlauben, die sich daraus ergebenden Verhaltensweisen des Patienten zu prognostizieren. Ein derartiges Vorgehen ist besonders in denjenigen Fällen wichtig, in welchen die Patientenreaktionen nicht abgewartet werden dürfen, weil das Risiko negativer Messergebnisse nicht verantwortet werden kann. Wenn der Mitteleinsatz beurteilt wird, bedeutet Pflegequalität Qualität der dem Patienten erbrachten Pflegeleistungen.



Weil es in der Praxis nicht immer möglich ist, den Mittlereinsatz patientenbezogen zu beurteilen, wird die Beurteilung gelegentlich personalbezogen vorgenommen. In diesem Falle bedeutet Pflegequalität Pflege durch qualifiziertes Personal. Diese Verfahren dienen allerdings vorwiegend personalpolitischen Zwecken.

Somit können wir die Kriterien wie folgt aufteilen:

1. Outputgerichtete Kriterien  
beeinflusste Verhaltensweisen des Patienten
2. Inputgerichtete Kriterien  
beeinflussende Verhaltensweisen des Pflegepersonals

Mehrere der angewandten Verfahren gestatten eine Beurteilung der Gesamtqualität der Pflege, weil sie den gleichzeitigen Einsatz einer Vielzahl ähnlich gestalteter Kriterien vorsehen, während andere lediglich ganz bestimmte Aspekte untersuchen, ohne ein Gesamturteil zu ermöglichen.

#### 211 Die Festlegung von Leistungsstandards

Sobald die zu beachtenden Messpunkte mittels der Kriterien festgelegt sind, muss durch Leistungsstandards angegeben werden, welche Messwerte der Konsequenzen angestrebt werden sollen. In der Praxis wird eine so grosse Zahl von Leistungen erbracht, dass das detaillierte Festlegen von Standards für jede einzelne Leistung kaum möglich sein wird. Deshalb empfiehlt sich ein zweistufiges Vorgehen mit einem Grundsatzentscheid und davon abgeleiteten Einzelentscheiden für wichtige Leistungen. Der Entscheid über die angestrebte Pflegequalität ist von allen im Pflegedienst zu fällenden Entscheiden wohl der grundlegendste; seine Auswirkungen betreffen sämtliche anderen Spitalbereiche (vor allem auch die Spitalkosten), und die meisten übrigen Entscheide des Pflegedienstes (Personaldotierung, Zusammensetzung der Pflegegruppen, innerbetriebliche Weiterbildung).

Das unterste noch zu verantwortende Niveau der Pflegequalität ist das der sicheren Pflege; der Patient soll durch die Pflege nicht gefährdet oder gar geschädigt werden. Dieses elementare Niveau beruht auf der Auffassung, der Patient sei weitgehend hilflos und abhängig, weshalb er in der Aufrechterhaltung aller lebenswichtigen Funktionen unterstützt werden müsse. Das Pflegepersonal erbringt die seiner Meinung nach notwendigen Pflegeleistungen gemäss den standardisierten Arbeitsabläufen; ein besonderes Gewicht wird auf die physischen Bedürfnisse des Patienten gelegt. Auf die Lebensgewohnheiten des Patienten wird nicht Rücksicht genommen, er hat sich den Erfordernissen der Spitalorganisation anzupassen. Die ihm gegebenen Informationen beschränken sich auf Anweisungen wie "Halten Sie den Arm hoch", "Drehen Sie sich regelmässig zur Seite", "Trinken Sie stündlich ein Glas Tee". Das Pflegepersonal verhält sich im Gespräch mit dem Patienten "freundlich", hört ihm zu, ohne aber näher auf ihn einzugehen oder seine Fragen anders als mit allgemeinen Worten zu beantworten. Zur Gewährleistung dieses

Qualitätsniveaus müssen an das Pflegepersonal keine besonderen Anforderungen gerichtet werden, es genügen einfachere technische Fähigkeiten. Nur selten ergibt sich die Notwendigkeit, Situationen zu beurteilen und Entscheidungen zu fällen.

Ein nächsthöheres Pflegeniveau ist durch pflegetechnisch anspruchsvolle Leistungen charakterisiert, welche vertiefte medizinische Kenntnisse des Personals voraussetzen. Das Pflegepersonal nimmt zudem Rücksicht auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten des Patienten, dem auf eigenen Wunsch gestattet wird, einzelne seiner Bedürfnisse selber zu befriedigen. In der Pflegeplanung werden die Einstellung des Patienten zu Krankheit und Spitalaufenthalt und die psychische Verarbeitung der daraus entstehenden Probleme beachtet. Zu diesem Zweck erhält das Pflegepersonal auch eine Schulung in Gesprächsführung.

Ein höchstes Pflegeniveau zeichnet sich durch die Einbeziehung der Patienten in die Planung und Ausführung der Pflege aus, die in ihrer Unabhängigkeit und persönlichen Weiterentwicklung gefördert werden soll.

#### 212 Die Beurteilung der Qualität von Pflegeleistungen

Es besteht eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Beurteilung der Qualität von Pflegeleistungen. Anhand eines verhältnismässig einfachen Beispiels sei nachstehend ein Leistungsstandard zur Beurteilung eines einzelnen Aspektes der Pflege Tätigkeit geschildert.

In einer Pflegeeinheit, welche normalerweise fünfundsiebzig Betten umfasste, war jeweils die Hälfte der Patienten in den ersten Tagen der nachoperativen Phase. Die meisten erhielten Schmerz- und Schlafmittel. Die Krankenschwestern gaben aufgrund der ärztlichen Verordnungen routinemässig in den ersten zwei Nächten nach der Operation Schlafmittel ab, sofern die Patienten nicht einschlafen konnten oder während der Nacht aufwachten. In den folgenden Nächten war das Pflegepersonal ermächtigt, bei Bedarf ebenfalls Schlafmittel abzugeben. Zu diesem Zweck unternahm die Nachtwache regelmässig Rundgänge durch alle Krankenzimmer. Die Autorin ging von der Hypothese aus, der Schlafmittelverbrauch liesse sich wesentlich senken, wenn sich das Pflegepersonal und die Aerzte mehr um die Patienten kümmerten. Sie sah deshalb vor, dass jeden Abend eine zusätzliche Stunde der Vorbereitung der Patienten auf die Nacht zu widmen sei. Die normale Zeit für das Lichterlöschen wurde ebenfalls um eine Stunde hinausgeschoben. In dieser Zeit besorgte die Nachtwache verschiedene kleine Pflegeverrichtungen und sprach kurz mit möglichst viel Patienten. Der Stationsarzt führte zusätzlich eine kurze Visite durch und erledigte verschiedene Aufgaben, für welche die Zeit am Tage nicht gereicht hatte. Nach einem Monat konnten die folgenden Ergebnisse festgehalten werden: An denjenigen Abenden, an welchen die Nachtwache den Patienten eine zusätzliche Stunde widmete (sechzig Minuten für fünfundsiebzig Patienten), verringerte sich die Anzahl verlangter Schlafmittel um einen Drittel. Wenn zusätzlich zur Nachtwache auch der Stationsarzt noch eine Runde machte (zwanzig bis fünfundsiebzig Minuten für fünfundsiebzig Patienten), ging der

Schlafmittelverbrauch sogar um fünfundvierzig Prozent zurück. An denjenigen Abenden, an welchen weder die Nachtwache noch der Arzt zusätzliche Zeit aufbringen konnten, beispielsweise wegen eingelieferter Notfälle, stieg das Verlangen der Patienten nach Schlafmitteln wieder auf das frühere Ausmass, selbst dann, wenn ein Patient während mehrerer vorangehender Nächte ohne Schlafmittel gut geschlafen hatte.

Dieser Versuch ist ein gutes Beispiel für die Möglichkeiten des Pflegepersonals, sich selber Leistungsstandards zu setzen (Schlafmittelverbrauch) und die Ergebnisse der eigenen Bemühungen laufend auszuwerten, ohne auf aussenstehende Experten angewiesen zu sein.

Leistungsstandards zur Gesamtbeurteilung der Pfl egetätigkeit ermöglichen wie erwähnt ein Gesamturteil, ohne dass sich der Beurteilende in Einzelheiten zu verlieren brauchte. Die dazu notwendige Einschränkung der Kriterien erlaubt eine Konzentrierung auf das Wesentliche. Was als wesentlich erachtet wird, hängt auch hier von den für eine Pflegeeinheit geltenden Zielen und Grundsätzen ab. Die Standards lassen sich danach unterteilen, ob sie patienten- oder personalbezogen formuliert sind. Die personalbezogene Formulierung wird dann vorgezogen, wenn es schwierig oder unmöglich erscheint, patientenbezogene Leistungsstandards aufzustellen. Mögliche Verfahren sind Checklists mit negativen Vorfällen, beurteilt durch Patienten und das Pflegepersonal. Von den Patienten wurden beispielsweise in einer Befragung die folgenden Vorfälle als "sehr schwierig" bezeichnet.

- Ich erhielt von der Krankenschwester keine Hilfe, als ich Schmerzen hatte.
- Die Krankenschwester reagierte während längerer Zeit auf meinen Klingelruf nicht.
- Ich hatte lange Zeit auf die Benützung der Toilette zu warten.

Das Pflegepersonal hingegen beurteilte beispielsweise die folgenden Vorfälle als wichtig:

- Ein frischoperierter Patient oder ein Patient in einem kritischen Zustand wurde während längerer Zeit allein gelassen.
- Ein Patient erhielt die verordneten Medikamente nicht.
- Ein Patient mit einer ansteckenden Krankheit wurde von den andern Patienten nicht isoliert.

Diese Checklist negativer Vorfälle bildete in verschiedenen Untersuchungen die abhängige Variable. Als unabhängige Variable verwendeten die Autoren die Gesamtzahl der Pflegestunden, die Anzahl Pflegestunden, welche durch diplomierte Krankenschwestern geleistet wurden sowie die örtliche Lage und den Träger des Spitals. Aufgrund dieser Untersuchungen konnte beispielsweise festgestellt werden, dass in den beobachteten Spitalern die Gesamtzahl der Pflegestunden aller Personalkategorien die Zufriedenheit von Patienten und Pflegepersonal nicht beeinflusste, dass sich hingegen eine hohe Zahl durch diplomierte Schwestern erbrachter Pflegestunden positiv auf die Zufriedenheit auswirkte. Diese Methode eignet sich auch gut zum Aufstellen von Leistungsstandards. Die Beschränkung auf wenige Fragen gewährleistet, dass nur das Wesentliche erhoben wird. Zudem können

bei der Auswahl der einzelnen Vorfälle die für die betreffende Pflegeeinheit geltenden Ziele und Grundsätze berücksichtigt werden. Die Art der Fragestellung erlaubt nicht nur Rückschlüsse auf die einzelnen Pflegeleistungen (Standardisierung), sondern auch auf den Umfang der Bemühungen des Pflegepersonals, die individuellen Bedürfnisse der Patienten zu berücksichtigen. Schliesslich erleichtert die Möglichkeit quantitativer Auswertungen den Zeitvergleich und den Vergleich zwischen verschiedenen Pflegeeinheiten.

Weitere personalbezogene Verfahren sind Fähigkeitsprofile für das Pflegepersonal und die Methode der kritischen Vorfälle, die häufig zur Beurteilung der Leistungen von Krankenpflegeschülerinnen verwendet wird.

Standards zur Beurteilung des Pflegeerfolgs (Output) bilden die zweite Hauptkategorie von Leistungsstandards. Da lediglich Teilerfolge sicher auf bestimmte Leistungen zurückgeführt werden können, kommt den erfolgsbezogenen Standards bei der Festlegung der angestrebten Pflegequalität weniger Bedeutung zu. Sie bilden aber eine wichtige Kontrollmöglichkeit bei der Beurteilung bereits erbrachter Pflegeleistungen und liefern dem Pflegepersonal wertvolle Anhaltspunkte für seine weitere Tätigkeit.

Wenn es auch nicht möglich ist, den Pflegeerfolg als Ganzes bestimmten Pflegeleistungen zuzuschreiben, so können doch wenigstens die Fortschritte in der Genesung der Patienten mittels eines geeigneten Systems von Messpunkten beobachtet werden. AYDELOTTE berichtet über die Entwicklung eines Messverfahrens, welches erlauben sollte, für alle wesentlichen Aspekte der Pflege, physiologische und verhaltensmässige Veränderungen im Zustand des Patienten festzustellen. Dabei richtete sie an die einzelnen Massstäbe eine Reihe von Anforderungen. Für ihre Untersuchungen verwendete sie schliesslich drei Gruppen von Kriterien:

**Klinische Massstäbe:** Dauer des Spitalaufenthaltes, Anzahl Tage, an denen der Patient Fieber hat, Anzahl der postoperativen Tage, Menge der verabreichten Betäubungs-, Schlaf- und Schmerzmittel.

**Verschiedene Beobachtungen:** Psychischer Zustand des Patienten, Grad der Unabhängigkeit, Mobilität, Hautzustand, Beurteilung der Pflegequalität durch den Patienten, Beurteilung des Zustandes des Patienten durch den Arzt.

**Aktivität des Patienten:** Prozentsatz der Zeit, welche der Patient im Bett, im Lehnstuhl, ausserhalb des Krankenzimmers verbringt. Prozentsatz der Zeit, welche der Patient der Unterhaltung mit anderen Personen und Freizeitbeschäftigungen widmet.

Aufgrund dieser Kriterien können die Patienten in drei Abhängigkeitskategorien eingeteilt werden. Einer ersten Kategorie werden alle diejenigen Patienten zugeordnet, welche keiner Hilfe für Beweglichkeit, Waschen, Baden, Ausscheidung und Ernährung bedürfen und sich frei bewegen oder im Lehnstuhl sitzen können. In der zweiten Kategorie befinden sich alle Patienten, die in den andern beiden nicht erwähnt werden. Die dritte Kategorie umfasst bewusstlose Patienten und solche, die einer dauernden Ueberwachung bedürfen oder über siebenzig Jahre alt, verwirrt, seh-, beziehungsweise gehörbehindert sind. Die eigentliche Untersuchungsmethode besteht aus dem täglichen Klassifizieren der Patienten nach ihrem Abhängigkeitsgrad an Pflege, aus dem Abschätzen der von den Patienten jeder Kategorie geforderten direkten Pflege und dem Bestimmen der notwendigen indirekten Pflegeleistungen. Mittels dieses Verfahrens sollen auch Grundlagen für die Berechnung der für die direkte und indirekte Pflege benötigten Stunden des Pflegepersonals und damit Normen für die Personaldotierung der Pflegeeinheiten gewonnen werden. Schliesslich sind mit Hilfe dieser Verfahren auch Leistungsstandards formulierbar. So könnten beispielsweise für eine Mehrzahl von Patienten mit gleichen oder ähnlichen Diagnosen Durchschnitte für die einzelnen erhobenen Werte ermittelt und als Standard vorgegeben werden. Allerdings wirken so viele unkontrollierbare Situationsvariablen, dass bezogen auf den einzelnen Patienten kaum Aussagen möglich sein dürften. Von grösserer Bedeutung ist dieses Verfahren für das Pflegepersonal, welches sich in seiner Arbeit so weitgehend wie möglich von den individuellen Bedürfnissen der Patienten leiten lassen möchte.

3 Die Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes und die Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals

Nicht nur die auf den Patienten bezogenen Ziele, sondern auch die angestrebte Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes und die Arbeitsbefriedigung des Pflegepersonals lassen sich operationalisieren. Aus zeitlichen Gründen muss ich es mir aber versagen, die dazu geeigneten Verfahren an dieser Stelle näher zu beschreiben.

Mehrdimensionale Gliederung der Kriterien zur Beurteilung der Pflegequalität

---

in bezug auf die Blackbox	in bezug auf den Umfang der Aussage	A Beurteilung einzelner Aspekte der Pflegequalität	B Beurteilung der Gesamtqualität der Pflege
1. rein inputbezogen		A <sub>1</sub> Qualität der Pflegeleistung	B <sub>1</sub> Qualität der Pflegeleistungen
2. rein outputbezogen		A <sub>2</sub> Qualität des Pflegeerfolges	B <sub>2</sub> vgl. Anmerkung
3. Input-Output-Beziehungen aufzeigend		A <sub>3</sub> Qualität der Pflegeleistung und des Pflegeerfolges	B <sub>3</sub> vgl. Anmerkung

Anmerkung: Wie wir dargestellt haben, lässt sich der auf die Krankenpflege zurückzuführende Anteil an den gesamten Genesungsfortschritten des Patienten nicht isolieren, weshalb aus den Feldern B<sub>2</sub> und B<sub>3</sub> keine Rückschlüsse auf die Pflegequalität gezogen werden dürfen.

---

Quelle: Locher, Heinz, Der Pflegedienst im Krankenhaus, Verlag H. Huber Bern, Stuttgart, Wien, 1973.