

# Pflegerecht

Pflege in Politik, Wissenschaft und Ökonomie

- 59 Die Krankenversicherung in unentwegter  
Bewegung – ein Blick auf die neuesten  
Revisionen der Gesetzgebung  
Ueli Kieser
- 67 Entwicklung der Rechtsprechung im Bereich  
der ambulanten Psychiatriepflege  
Hardy Landolt
- 74 Pflegefinanzierung – Leistungsangebote im Überblick  
Patricia Ruprecht
- 79 Von der Theorie in die Praxis – Umsetzung  
der COVID-19-Richtlinien in einem Alters-  
und Pflegeheim im Kanton Basel-Landschaft  
Florian Rutz/Sandra Staudacher
- 85 Trinkgelder, Gratifikationen, Erbschaften ...  
oder nichts als Applaus?  
Peter Breitschmid
- 97 Forum  
Pflegeinitiative



Stämpfli Verlag

2|22

## Inhalt

EDITORIAL .....	57	GESETZGEBUNG .....	116
WISSENSCHAFT.....	59	RECHTSPRECHUNG .....	121
FORUM.....	97	INTERVIEW.....	127

## Impressum

### Schriftleiter

Prof. Dr. Hardy Landolt, LL.M.  
Landolt Rechtsanwälte  
Schweizerhofstrasse 14, Postfach, 8750 Glarus  
Tel. 055 646 50 50, Fax 055 646 50 51  
E-Mail: [redaktion@pfliegerecht.ch](mailto:redaktion@pfliegerecht.ch)  
[www.pfliegerecht.ch](http://www.pfliegerecht.ch)

Adressänderungen und Inserataufträge sind ausschliesslich an den Stämpfli Verlag AG, Postfach, 3001 Bern, zu richten.

Die Aufnahme von Beiträgen erfolgt unter der Bedingung, dass das ausschliessliche Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung an den Stämpfli Verlag AG übergeht. Alle in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Das gilt auch für die von der Redaktion oder den Herausgebern redigierten Gerichtsentseide und Regesten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ausserhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – sämtliche technische und digitale Verfahren eingeschlossen – reproduziert werden.

Die Zeitschrift erscheint viermal jährlich, im Februar, Mai, August, November.

### Abonnementspreise

AboPlus (Zeitschrift und Onlinezugang)

– Schweiz: CHF 160.–

– Ausland: EUR 170.–

Onlineabo: CHF 120.–

Einzelheft: CHF 44.– [exkl. Porto]

Die Preise verstehen sich inkl. 2,5% MwSt. und Versandkosten.

Schriftliche Kündigung bis 3 Monate vor Ende der Laufzeit möglich.

### Abonnemente

Tel. 031 300 63 25, Fax 031 300 66 88

E-Mail: [zeitschriften@staempfli.com](mailto:zeitschriften@staempfli.com)

### Inserate

Tel. 031 300 63 82, Fax 031 300 63 90

E-Mail: [inserate@staempfli.com](mailto:inserate@staempfli.com)

© Stämpfli Verlag AG Bern 2022

Gesamtherstellung: Stämpfli Kommunikation, Bern

Printed in Switzerland,

Printausgabe ISSN 2235-2953

Onlineausgabe ISSN 2235-6851

## Herausgeber

### Hardy Landolt

Prof. Dr. iur., LL.M., Lehrbeauftragter an der Universität St. Gallen für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht, wissenschaftlicher Konsulent des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen, Rechtsanwalt und Notar in Glarus

Gemeinsam mit:

### Brigitte Blum-Schneider

Dr. iur., Juristin bei Helsana Versicherungen AG

### Peter Breitschmid

Prof. Dr. iur., Professor em. an der Universität Zürich

### Thomas Gächter

Prof. Dr. iur., Professor an der Universität Zürich, zugleich Kompetenzzentrum MERH UZH

### Heidrun Gättinger

Prof. Dr., Leitung Institut für Angewandte Pflegewissenschaft OST Ostschweizer Fachhochschule

### Ueli Kieser

Prof. Dr.iur., Vizedirektor IRP-HSG, Rechtsanwalt, Titularprofessor für Sozialversicherungsrecht und Gesundheitsrecht an der Universität St.Gallen

### Julian Mausbach

Dr. iur., RA, Oberassistent Strafrecht an der Universität Zürich

### Andreas Petrik

lic. iur., Rechtsanwalt in St. Gallen und Winterthur

### Helena Zaugg

MLaw, MAS Interkulturelle Kommunikation, dipl. Pflegefachfrau



## Verbindliche Personalquoten im Dienst von Patientensicherheit und Qualität

### Martin Hošek

Dr. phil., Geschäftsleiter Dr. Hošek-Consulting, Evaluationsexperte Schweizerische Evaluationsgesellschaft (SEVAL), Dozent Forum Medizinfortbildung (FOMF)

### I. Einführung

Die im Rahmen der Annahme der Pflegeinitiative neu eingeführte Bestimmung in Art. 117b Absatz 2 der Bundesverfassung, wonach Bund und Kantone sicherzustellen haben, dass eine genügende Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen zur Verfügung steht, wird oft ausschliesslich als Aufforderung zur Stärkung der Pflegeausbildung verstanden.

Zwar ist eine ausreichende Anzahl ausgebildeter Pflegefachkräfte eine wichtige Voraussetzung für eine genügende Personaldotation in Spitälern, Pflegeheimen und bei der Spitex. Es ist aber noch keine Garantie hierfür. National festgelegte Mindestpersonalquoten können hier Abhilfe schaffen. Der vorliegende Artikel diskutiert diesen Lösungsansatz insbesondere unter dem Blickwinkel der Patientensicherheit und Qualität.

Neben der Darstellung des aktuellen Wissens- und Diskussionsstands wird eine Parallele zur ärztlichen Verschreibung von Heroin in der Schweiz gezogen, wo Personalquoten bereits seit dem Jahr 1999 in einer Richtlinie des Bundesamts für Gesundheit verbindlich vorgeschrieben sind. Ausserdem wird die Einsetzung eines Fachgremiums für die Umsetzung dieses Teils der Pflegeinitiative vorgeschlagen.

### II. Einflussfaktoren auf die Qualität im Gesundheitswesen

Es gilt heute weitgehend als unbestritten, die Güte der Gesundheitsversorgung anhand der Erfüllung von vier Zielgrössen zu messen. Diese sind:

1. die Gesundheit der Bevölkerung
2. die Patientenzufriedenheit
3. die Gesundheitskosten sowie
4. die Arbeitszufriedenheit des Gesundheitspersonals (BODENHEIMER and SINSKY 2014).

Ursprünglich galten hier nur die ersten drei Ziele («triple aim»). Spätestens seit 2014 setzte sich jedoch die Erkenntnis durch, dass auch die Arbeitszufrie-

denheit des Gesundheitspersonals einen entscheidenden Einfluss auf die Leistung und die Qualität von Gesundheitsorganisationen und Gesundheitsversorgungssystemen hat. Der «triple aim» wurde so zum «quadruple aim».

Ohne Zweifel gehört die Personaldotation zu den entscheidenden Parametern in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit des Gesundheitspersonals. Nicht erst im Rahmen der Schweizer Pflegeinitiative wurde deshalb die Forderung laut, dass verbindliche Personalquoten dafür sorgen sollen, dass das Pflegepersonal seine Aufgaben besser erfüllen kann. Dies zahle sich dank besseren Behandlungsergebnissen unter anderem auch finanziell aus (LEONI-SCHIEBER und MÜLLER STAUB 2018). Ausserdem, so wird weiter argumentiert, blieben die Pflegefachkräfte bei genügender Personaldotation länger im Beruf tätig. Dies trage zur Entschärfung des Problems der sogenannten «care-leavers» und damit zur Dämpfung des aktuellen und für die Zukunft als zunehmend prognostizierten Personalmanagements im Pflegebereich bei.

Ein unlängst im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit publizierter nationaler Bericht zu Qualität und Patientensicherheit im Gesundheitswesen kommt zum Schluss, dass zu den Voraussetzungen für eine sichere und hochwertige Versorgung die Bereitstellung von genügend Zeit und Ressourcen für Verbesserungsaktivitäten gehöre (VINCENT and STAINES 2019, S. 59). Zu Ende gedacht impliziert auch dieses Desiderat die Festlegung von Personalquoten für die entsprechenden Aufgaben. Doch inwiefern leidet die Güte der Gesundheitsversorgung bei ungenügender Personaldotation in der Pflege?

### III. «Nurse-to-patient ratio» und Qualität der Pflege

Im Zusammenhang mit der vorliegenden Thematik wird in zahlreichen Publikationen gemeinhin von der Anzahl Pflegefachkräfte pro Patient/-in, der «nurse-to-patient ratio» geschrieben. Streng genommen wird dabei aber jeweils nicht die Anzahl Pflegenden

pro aktuell zu pflegenden Patientinnen oder Patienten gemeint, wie der Begriff dies nahezu legen scheint. Diese Zahl schwankt in Abhängigkeit von der Bettenauslastung. Vielmehr ist meist implizit oder explizit die Anzahl Pflegenden pro Spitalbett gemeint. Der Begriff «nurse-to-patient ratio» wird auch hier in diesem letzteren Sinne verwendet.

Zusammen mit der «nurse-to-patient ratio» wird auch der Anteil diplomierter Pflegefachpersonen an allen Pflegenden (auf einer Abteilung, in einem Spital usw.) diskutiert. Diese Grösse wird «skill mix» genannt (DUFFIELD ET AL. 2011).

Die Analyse entsprechender Studien zeigt, dass eine höhere Dotation an Pflegefachpersonen die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung verbessert. So wird beispielsweise das Risiko, innert dreissig Tagen in einem Akutspital zu versterben, bei einer höheren Pflegepersonalquote signifikant gesenkt. Eine der ersten robusten, diesbezüglichen statistischen Analysen wurde bei 75 Akutspitalern in Kanada durchgeführt. Die Autoren kommen darin zum Schluss, dass eine gegenüber dem Mittelwert um 10% erhöhte Anzahl an diplomierten Pflegefachpersonen mit vier Todesfällen weniger pro 1000 Patienten korrelierte. Für die vierzig an dieser Studie teilnehmenden nicht städtischen Spitäler wurde ausserdem festgestellt, dass jedes Jahr mehr an Berufserfahrung, das die Pflegefachpersonen mitbringen, ebenfalls mit vier Todesfällen weniger pro 1000 Patienten assoziiert war (TOURANGEAU ET AL. 2002).

Den nächsten Hinweis liefert eine Studie, bei der die Daten von 27 Intensivpflegestationen aus sieben europäischen Ländern ausgewertet wurden. Hierbei wurde festgestellt, dass die Sterblichkeit an Lungenentzündung bei beatmeten Patienten in Intensivabteilungen, wo jeweils eine Pflegefachperson pro Patient/-in arbeitete, signifikant tiefer war (9,3%) als in Abteilungen, wo eine Pflegefachperson mehr als einen Patienten oder eine Patientin zu versorgen hatte (24,4%). Allerdings war dieses Resultat nach Adjustierung in Bezug auf konfundierende Variablen nicht mehr signifikant (BLOT ET AL. 2011). Dies illustriert die Komplexität der Einflussfaktoren auf die Behandlungsergebnisse (vgl. auch TOURANGEAU ET AL. 2002, S. 75).

Andere Autorinnen argumentieren anhand entsprechender Studien, dass eine genügende Anzahl an diplomierten Pflegefachpersonen die Überwachung der Patienten («Surveillance») und dadurch ihre Sicherheit verbessere (LEONI-SCHEIBER und MÜLLER STAUB 2018).

Das eingangs erwähnte vierte Ziel der Gesundheitsversorgung (Arbeitszufriedenheit des Gesundheitspersonals) illustrieren die Resultate einer Studie aus Taiwan bei 1409 Pflegefachkräften aus 24 Kliniken. Je mehr Patienten eine Pflegefachperson

gleichzeitig zu betreuen hatte, umso höher war die Wahrscheinlichkeit von Burnout und Berufsunzufriedenheit. Beides vergrösserte auch den Wunsch der Pflegefachkräfte, die Arbeitsstelle zu kündigen (CHEN ET AL. 2019).

#### IV. Politische Vorstösse zur Veränderung der Situation in der Schweiz

Neben der am 28. November 2021 von Volk und Ständen mit 61% der Stimmen angenommenen Pflegeinitiative forderten zwei kürzlich im Bundesparlament eingereichte Vorstösse die Einführung einer «nurse-to-patient ratio» in der Pflege (Motion Landolt, 19.4053 und dringliche Interpellation Weichelt, 21.4006). Es ist davon auszugehen, dass diese beiden Vorstösse im Rahmen der Botschaft zum Ausführungsgesetz zur Pflegeinitiative erledigt und abgeschrieben werden. In den beiden Vorstössen wird noch um einiges expliziter als in der Abstimmungsdokumentation zur Initiative selbst eine verbindliche Personaldotation in der Pflege gefordert beziehungsweise angemahnt.

#### V. Erfahrungen und Forderungen

Verschiedene Bundesstaaten in den USA und in Kanada haben in den letzten Jahren verbindliche «nurse-to-patient ratios» eingeführt, und zwar mit positiven Auswirkungen in Bezug auf die Behandlungsergebnisse und auf die Behandlungskosten. Hierzu gehört zum Beispiel der US-Bundesstaat Pennsylvania. Dort ist eine Pflegefachperson auf einer Intensivstation für maximal zwei Patienten/-innen zuständig. Auf pädiatrischen Abteilungen beträgt das angeordnete Verhältnis von Pflegenden zu Patienten/-innen 1:4, auf Abteilungen der Chirurgie, der inneren Medizin oder Onkologie 1:5 und im Bereich der Psychiatrie 1:6 (LEONI-SCHEIBER und MÜLLER STAUB 2018).

Mit der Annahme der Pflegeinitiative wurden in der Schweiz die Voraussetzungen geschaffen, um auf nationaler Ebene Mindestvorgaben für Personalquoten im Pflegebereich einzuführen. Bisher waren die Kantone in diesem Bereich für die Bereitstellung und Organisation der Gesundheitsversorgung zuständig. Einzelne Kantone kennen entsprechend eigene Vorschriften. So wird beispielsweise im Kanton Aargau für die Erbringung der KVG-pflichtigen Leistungen der Spitex mindestens 40% Fachpersonal Pflege und Betreuung gefordert. Von diesen müssen mindestens 50% aus auf tertiärer Stufe ausgebildetem Fachpersonal bestehen (Aargau 2020). Im Kanton Nidwalden muss in der stationären Langzeitpflege mindestens

ein Drittel der Pflegefachkräfte über einen Diplomabschluss verfügen (Nidwalden 2014). Diese Bestimmungen betreffen ausschliesslich den «skill-mix».

MÜLLER-STAUß und LEONI-SCHIEBER (2019) fordern aufgrund der hier dargelegten Argumentation gesetzlich vorgegebene «nurse-to-patient ratios» für die ganze Schweiz. Dies fördere die Rückkehr von diplomierten Pflegefachpersonen in den Beruf, steigere die Pflegequalität und senke die Burnout-Rate des Personals sowie die Behandlungskosten. Die Autorinnen verzichten hingegen weitestgehend darauf, sich auf konkrete Vorgaben festzulegen. In Bezug auf den «skill-mix» empfehlen sie, dass jeweils 80% des Pflegepersonals in der Akutversorgung diplomierte Pflegefachpersonen sein sollen.

## VI. Situation in der Schweiz

Zwar hat heute die Schweiz, gemessen an der Einwohnerzahl, die höchste Dichte an Pflegepersonal aller OECD-Länder aufzuweisen (OECD 2021, S. 221). Allerdings schwankt die Pflegepersonaldichte je nach Region stark. Im Jahr 2018 betrug sie in der Region mit der höchsten Dichte (Tessin) 20,4 Vollzeitäquivalente pro 1000 Einwohner/-innen, in derjenigen mit der niedrigsten Dichte (Zentralschweiz) hingegen fast ein Viertel weniger, nämlich lediglich 15,7 Vollzeitäquivalente pro 1000 Einwohner/-innen. Im selben Jahr waren in allen Spitälern der Schweiz zusammengenommen 71% des Pflegepersonals diplomierte Pflegefachpersonen. In den Pflegeheimen betrug dieser Anteil 25%, bei der Spitex 40%. Der Anteil diplomierter Pflegefachpersonen in den Spitälern war ausserdem vom Schweregrad der behandelten Fälle abhängig und schwankte zwischen 69% (bei Spitälern mit eher leichten Fällen) und 73% (bei Spitälern mit überwiegend schweren Fällen) (Bundesamt für Statistik 2020).

## VII. Personalrichtlinien Heroingestützte Behandlung (HeGeBe)

Die Festlegung einer Mindestzahl von Pflegefachpersonen pro Patient/-in ist in der Schweiz – so könnte man aufgrund der bisherigen Ausführungen annehmen – unüblich. Aber sie ist mitnichten gänzlich systemfremd. Es gibt zumindest einen prominenten Präzedenzfall. Im Rahmen der heroingestützten Behandlung für schwer Heroinabhängige besteht seit 1999 eine solche bundesweit geltende Regelung. Um eine Institutionsbewilligung des Departements des Innern für ein Zentrum für heroingestützte Behandlung zu erhalten, muss die sich hierfür bewerbende Organisation unter anderem nachweisen, dass sie

über genügend qualifiziertes Behandlungs- und Betreuungspersonal verfügt. Konkret bedeutet dies, dass die Anzahl Pflegefachkräfte – abhängig von der zur Verfügung stehenden Platzzahl im jeweiligen Injektionsraum – und die Stellenprozentage für die ärztliche Behandlung sowie die Sozialberatung (je 1,7% pro Patient/-in) in einer entsprechenden Richtlinie festgeschrieben sind (Bundesamt für Gesundheit 2020). Dies stellt die normative Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den initialen Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln an schwer Heroinabhängige in den Jahren zwischen 1994 und 1996 dar (SCHMID und MÜLLER 2008). Gemäss diesen Erkenntnissen ist die Heroinverschreibung an schwer Heroinabhängige in der Schweiz erfolgreich, weil sie die Heroinverschreibung mit ärztlicher Behandlung und Sozialberatung verknüpft. Die erwähnte Regelung ist flächendeckend umgesetzt und unbestritten.

## VIII. Diskussion

So überzeugend die Argumente für eine Festlegung von Mindestpersonalquoten im Pflegebereich vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Evidenz und der rechtlichen Situation nach Annahme der Pflegeinitiative in der Schweiz zu sein scheinen, so stellen sich bei der konkreten Umsetzung doch einige Fragen.

Bei der Festlegung von Personalquoten gilt es zunächst, neben der Bettenzahl auch weitere Einflussgrößen auf die Arbeitsbelastung zu berücksichtigen. Hierzu gehören namentlich die Organisation des Spitals, des Pflegeheims oder der Spitex, die konkrete Ausgestaltung der Pflichtenhefte der Pflegefachpersonen und der übrigen patientennahen Professionen, die Spitaldichte in der jeweiligen Region sowie die Beschaffenheit der vorgelagerten Grund- und der nachgelagerten rehabilitativen Versorgung. Insofern ist die Übertragbarkeit von Quoten aus anderen Ländern auf die Schweiz nur sehr bedingt möglich, und es scheint dringend angezeigt, eigene Quoten für das Schweizer Gesundheitssystem festzulegen.

Ein Einwand gegen die Festlegung von «nurse-to-patient ratios» und einen entsprechenden «skill-mix» besteht in der Feststellung, dass normativ festgelegte Quoten in einem sich schnell weiterentwickelnden Gesundheitssystem zu starr sein könnten. Um diesem Einwand zu begegnen, wird empfohlen, die Personalquoten durch ein hierfür bevollmächtigtes, qualifiziertes Fachgremium auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und unter Einhaltung einer periodischen Überprüfung dieser Quoten festzulegen. Da technische und organisatorische Entwicklungen mittelfristige Anpassungen nötig machen

können (DEVERICOURT und JENNINGS 2011), scheint eine Geltungsdauer von fünf Jahren angemessen.

Dieses Fachgremium sollte sich unter anderem auch mit der in der Literatur bisher noch nicht beantworteten Frage nach dem «ceiling effect» auseinandersetzen. Darunter ist diejenige Personalquote zu verstehen, ab der ein weiterer Personalausbau nicht mehr oder fast nicht mehr mit einer Verbesserung der Qualität der Pflege einhergeht.

Zu bedenken gilt es auch, dass die Umsetzung verbindlicher Personalquoten in einer Situation, da in der Schweiz bereits ein Personalmangel im Pflegebereich herrscht, vor grosse Herausforderungen in Sachen Praktikabilität gestellt wird. Wie wird es – trotz Ausbildungsoffensive – gelingen, das benötigte Personal zu finden? Und wird die Abnahme der «care-leavers» tatsächlich im erwarteten Masse eintreten?

Schliesslich sei auch die Frage erlaubt, inwiefern es sinnvoll ist, in einem Bereich, in dem interprofessionelles Arbeiten eine Selbstverständlichkeit ist, für eine ausreichende Personaldotation ausschliesslich im Pflegebereich zu sorgen. Tatsächlich ist die Pflege die zahlenmässig grösste patientennahe Profession im Gesundheitswesen, und insofern wäre die Wirkung einer solchen Massnahme bestimmt rasch und entschieden spürbar. Gleichzeitig sollte aber überlegt werden, ob entsprechende Vorschriften in Bezug auf die Personaldotation auch bei der Ärzteschaft – analog zur Situation bei der heroingestützten Behandlung – nicht eine sinnvolle oder sogar notwendige Ergänzung darstellen.

## IX. Fazit

Die Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass ausreichendes und ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal zu besseren Behandlungsergebnissen sowie zu mehr Berufszufriedenheit und weniger Burnouts bei den Pflegefachpersonen führen kann. Mit der Annahme der Pflegeinitiative hat der Gesetzgeber einen Auftrag erhalten, für die Schweiz eine entsprechende Regelung auszuarbeiten. Bei der Umsetzung dieser Vorgabe ist darauf zu achten, dass die betrieblichen und organisatorischen Gegebenheiten ausreichend berücksichtigt werden. Notwendig sind zusätzlich die Beachtung des Schweregrads der Fälle in den betreffenden Organisationen sowie ein Ausgleich der sachlich nicht erklärbaren Unterschiede zwischen den Schweizer Regionen. Werden die Herausforderungen gemeistert, stellt die neue Bestimmung in Art. 117b Abs. 2 der Bundesverfassung eine Chance für eine massgebliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung in unserem Land dar.

## Literaturangaben

- Aargau, Departemente Gesundheit und Soziales Kanton. 2020. *Richtlinien zum Richtstellenplan*. <https://www.ag.ch/media/kanton-aargau/dgs/dokumente/gesundheit/gesundheitsversorgung/pflege/richtlinien-zum-stellenplan-2020.pdf>.
- BLOT, STIJN I. ET AL. 2011. «Patient to Nurse Ratio and Risk of Ventilator-Associated Pneumonia in Critically Ill Patients.» *American Journal of Critical Care* 20(1): 1–10.
- BODENHEIMER, THOMAS, and CHRISTINE SINSKY. 2014. «From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider.» *Annals of Family Medicine* 12(6): 573–76.
- Bundesamt für Gesundheit. 2020. *Informationen zu den Gesuchen und Bewilligungen*. Bern. [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/sucht/hegebe/informationen\\_zu\\_den\\_gesuchen\\_und\\_bewilligungen.pdf.download.pdf/informationen\\_zu\\_den\\_gesuchen\\_und\\_bewilligungen.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/sucht/hegebe/informationen_zu_den_gesuchen_und_bewilligungen.pdf.download.pdf/informationen_zu_den_gesuchen_und_bewilligungen.pdf).
- Bundesamt für Statistik. 2020. «Pflegepersonal 2018.» *BFS Aktuell*. <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/13267934/master>.
- CHEN, YI CHUAN ET AL. 2019. «Patient-Nurse Ratio Is Related to Nurses' Intention to Leave Their Job through Mediating Factors of Burnout and Job Dissatisfaction.» *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(23).
- DEVERICOURT, FRANCIS, and OTIS B. JENNINGS. 2011. «Nurse-to-Patient Ratios in Hospital Staffing: A Queueing Perspective.» *SSRN Electronic Journal* (08).
- DUFFIELD, CHRISTINE ET AL. 2011. «Nursing Staffing, Nursing Workload, the Work Environment and Patient Outcomes.» *Applied Nursing Research* 24(4): 244–55.
- LEONI-SCHEIBER, CLAUDIA, und MARIA MÜLLER STAUB. 2018. «Nurse-to-Patient Ratio» und Skill- und Grade-Mix: Folgen des Pflegefachperson/Patienten-Verhältnisses und der Personalausstattung. *Pflegerecht – Pflegewissenschaft* 4: 234–42.
- MÜLLER-STAUB, MARIA, und CLAUDIA LEONI-SCHEIBER. 2019. «Genügend Pflegefachpersonen retten Leben und sparen Millionen.» *Krankenpflege*: 20–23.
- Nidwalden, Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons. 2014. *Richtlinien Richtstellenplan in der stationären Langzeitpflege*. [https://www.nw.ch/\\_docn/59977/Richtstellenplan\\_NW\\_2014.pdf](https://www.nw.ch/_docn/59977/Richtstellenplan_NW_2014.pdf).
- OECD. 2021. *Health at a Glance 2021*. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1648624336&id=id&acname=guest&checksum=1FB3DCC156B36745C3E6E9F42216F894>.
- SCHMID, OTTO, und THOMAS MÜLLER. 2008. *Heroin – von der Droge zum Medikament. Eine Chronik der heroingestützten Behandlung in Basel von 1994 bis 2008*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- TOURANGEAU, A. E., P. GIOVANNETTI, J. V. TU, and M. WOOD. 2002. «Nursing-Related Determinants of 30-Day Mortality for Hospitalized Patients.» *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières* 33(4): 71–88.
- VINCENT, CHARLES, und ANTHONY STAINES. 2019. *Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens*. Bern.