



Foto: MEV

Personalbemessung auf Intensivstationen

Der lange Weg zur Transparenz

Dr. Michael Isfort

Die Frage, was eine ausreichende Besetzung einer Intensivstation ist, ist so alt wie die Intensivpflege selbst. Doch noch immer erfolgt in deutschen Kliniken keine angemessene Personalbemessung. Dabei gibt es ein Verfahren, das eine praktikable und unaufwendige Lösung darstellt.

Die Umstrukturierungen in den Krankenhäusern sind in vollem Gange. Inhalte und Auswirkungen sind in zahlreichen Beiträgen gut dokumentiert (Simon 2007). Während die bettenführenden Bereiche in den letzten Jahren nachweislich erhebliche Reduzierungen des Pflegepersonals zu verzeichnen hatten und die Auswirkungen auf Patienten und Personal beschrieben werden konnten

(Isfort, Weidner 2007), ist die Analyse der Situation in der Intensivpflege weitaus komplizierter.

Dies liegt unter anderem daran, dass in der amtlichen Statistik des Bundes (Statistisches Bundesamt 2008 b) zwar die Bettenzahlen für Intensivstationen ausgewiesen werden, nicht jedoch die Anzahl des dort arbeitenden Personals erfasst wird. Das heißt, dass Unklarheit darüber besteht, wie sich fortschrei-

tende Technisierung, Kostendruck und Umstrukturierung auf die Personalkennzahlenentwicklung und auf die Arbeit des Intensivpflegepersonals ausgewirkt haben.

Es fehlen Zahlen und Daten

Fest steht: Die Intensivpflege gewinnt weiterhin an Bedeutung. So ist Jahr für Jahr ein leichter Aufbau an Bettenkapazität zu verzeichnen. Derzeit existieren in bundesdeutschen Krankenhäusern 23 357 Intensivpflegebetten (Statistisches Bundesamt 2008a, Stand 2007), der Nutzungsgrad liegt bei 81,5 Prozent. Fast sieben Millionen Pflēgetage fallen dabei an. Das sind fast eine Million mehr Pflēgetage als noch vor zehn Jahren oder eine Steigerung um über 16 Prozent. Eigentlich, so sollte man meinen, müsste sich dies auch in einem erheblichen Aufbau an Personalstellen widerspiegeln. Doch hier enden die Zahlenspiele und damit leider auch die Möglichkeiten einer transparenten Diskussion.

Zahlreiche Personalbemessungsverfahren und analytische Verfahren zur Bedarfsberechnung sind in der Vergangenheit entwickelt worden, flächendeckend eingesetzt wurden sie jedoch nie. Die Pflegepersonalregelung griff für den Bereich der Intensivpflege ohnehin nicht. So weiß man weiterhin sehr wenig über das Innenleben auf den deutschen Intensivstationen. Verknüpfungen von Personalkennzahlen zu Ergebnisindikatoren der Qualität, wie beatmungsassoziierte Pneumonieraten, ZVK-assoziierte Sepsisraten oder aber Harnwegskatheter-assoziierte Harnwegsinfektionen, können ebenso wenig vorgenommen werden. Diese wichtigen Daten werden schlichtweg nicht in systematischen Zeitreihen erfasst. Über die Qualität der Patientenversorgung und Zusammenhänge zwischen Personalkapazität und Patientensicherheit auf Intensivstationen kann daher weiterhin nur spekuliert werden.

Der „Charme“ der Intransparenz

Es stellt sich die Frage, ob die beschriebenen Lücken eine bislang nicht entdeckte Nachlässigkeit der statistischen Erhebung sind oder ob diese besondere Form der Intransparenz nicht auch darauf zurückzuführen ist, dass eine wirkliche Offenheit von Kennzahlen von vielen Seiten gar nicht zwingend gewünscht wird. Immerhin entsprach der Kostenanteil des Pflegedienstes an den Gesamt Krankenhauskosten im Jahr 2007 (bereinigt, ohne Ausbildungsfond) 23 Prozent. Damit entfällt auf das Pflegepersonal der relativ größte Kostenanteil in den Personalkosten. Je weniger über die Notwendigkeit, die Angemessenheit, die genaue Verteilung und Berechnung der Ressource „Pflēge“ bekannt ist, umso größer ist das potenzielle Steue-

rungspotenzial. Damit ist gemeint, dass zum Beispiel wirtschaftliche Entscheidungen oftmals als alleinige Erklärung für Kürzungen ausreichen können und nicht durch andere Kennzahlen aufgewogen und neu abgewogen werden müssen. Das muss nicht immer automatisch von Nachteil für die Pflēge sein. Vielerorts bilden Geschäftsführung, Ärztliche Leitung und Pflegedirektion ein gut funktionierendes und auf gegenseitigem Vertrauen arbeitendes Gremium, in dem genau abgewogen wird, welche Entscheidungen zum Wohle der Patienten, des Personals und der Klinik getroffen werden müssen.

Entscheidungen werden alleinig auf der Basis von Argumenten, aber nicht auf der Basis solider Kennzahlen getroffen

Nachteil ist jedoch, dass Entscheidungen alleinig auf der Basis von Argumenten, aber nicht auf der Basis solider Kennzahlen getroffen werden müssen. An dieser Stelle sind auch die Krankenhausmanager ohne Kennzahlen auf ihre subjektiven Eindrücke und Erfahrungen angewiesen. Die Leitungen der Abteilungen/Stationen sowie das Personal vor Ort können keine eigenen Bedarfsbeschreibungen und Berechnungen vornehmen und sich somit nur mittelbar an den Abwägungsprozessen beteiligen. Sie erleben sich als passive Arbeitnehmer und nicht als aktive Mitgestalter.

Bemerkenswert scheint, dass einem so bedeutenden Schnittstellenbereich wie der Intensivpflege bei der Ermittlung solider Kennzahlen bislang recht wenig Beachtung geschenkt wird. Intensivstationen sind ein Nadelöhr – die Sicherstellung der Versorgung sichert zugleich auch den reibungslosen Ablauf der ganzen Klinik, zum Beispiel bei Operationen. Reicht die Pflegekapazität vor Ort nicht aus, müssen trotz hinreichender ärztlicher Möglichkeiten Betten oder aber Beatmungsplätze kurzfristig geschlossen werden. Das kann sich auf die Verschiebung von Operationen und weiterführenden Behandlungen auswirken und ist somit letztlich auch erlösrelevant. Die Schaffung einer gut funktionierenden Infrastruktur und einer zufriedenstellenden Personalbesetzung ist auch vor dem Hintergrund eines Fachkräftemangels und einer älter werdenden Belegschaft neu zu diskutieren. Gute Arbeitsbedingungen sind ein Standortvorteil und sichern die Personalsituation der Zukunft, die auch dadurch erschwert wird, dass vielfach Intensiveinsätze bei Schülern nicht mehr vorgenommen werden. Wie aber gewinnt man Nachwuchs

für einen Bereich, den er nicht kennt? Kennzahlen sind nicht die alleinige Lösung, sie stellen aber einen wichtigen Baustein für eine transparente und offene Diskussion dar und erlauben es dem Pflegepersonal darüber hinaus, sich aktiv zu beteiligen und mitzugestalten.

Eine kurze Geschichte der Personalbemessung

Die Frage, was eine gute und was eine ausreichende Besetzung einer Intensivstation ist, ist so alt wie die Intensivpflege selbst. Eine umfassende Diskussion von über 20 Verfahren erfolgte an anderer Stelle (Isfort 2008).

Fachkraftquoten

In Deutschland wurden bereits in den frühen 1950er Jahren durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft Patienten-Pflegekraftquoten vorgeschlagen. Fachkraftquoten sind auch aktuell wieder in der Diskussion. Sie haben aber den Nachteil, dass sie keinerlei Informationen über die zu erbringenden Leistungen der Pflegenden oder die Notwendigkeit (Fallschwere des Patienten) erlauben.

Fachkraftquoten sind damit eine sehr grobe Festlegung, deren Nutzen stark angezweifelt werden muss. Einmal installiert, werden Kennzahlen produziert, deren Aussagefähigkeit oft überschätzt wird.

TISS (Therapeutic Intervention Scoring System)

In der weiteren Entwicklung bemühte man sich im Ausland eingesetzte Verfahren zu implementieren. Hervorzuheben ist dabei das 1974 von Cullen entwickelte Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) (Cullen et al. 1974). Der TISS wird derzeit eingesetzt, weil sich aus einer Kurzform (Core-10 TISS) in Kombination mit Kennzahlen des Simplified Acute Physiology Score II (SAPS II) der OPS 8-980 (intensivmedizinische Komplexbehandlung) darstellen lässt. Das heißt, dass die kodierten Daten erlös-wirksam werden. Obwohl die Entwickler in den 1970er Jahren eine Form von Pflegepersonalberechnung auf der Basis des TISS vorstellten, kann aus heutiger Sicht gesagt werden, dass der TISS dies eigentlich nicht zulässt (Reimers, Siegling 2009). Anders formuliert:

Es liegen keine wissenschaftlichen Belege für einen Zusammenhang von TISS-Punkten und Pflegeintensität vor.

Andere Personalbemessungssysteme

Weitere Entwicklungen bei Personalbemessungsverfahren sind Systeme, die sich an der Logik der Pflege-

personalregelung orientieren (Bergers 2000) oder auf logisch abgeleiteten Punktwerten und Minutenkalkulationen basieren (Rupprecht et al. 1994; Faschingbauer 2002; Dorfmeister, Boder 1997). Auch wurden Berechnungen von Belastungsziffern (Dörr 1998) vorgeschlagen. Diese sind jedoch, ähnlich wie Quoten, nur eingeschränkt aussagefähig.

Bei näherer Analyse halten diese Systeme einer wissenschaftlichen Forderung nach Stabilität, Nachvollziehbarkeit und inhaltlicher Güte nicht stand.

Sonderprogramm Pflege

Eine Entwicklung zeigt sich in politischer Hinsicht. Einerseits wurden durch die Bundesgesundheitsministerin finanzielle Rückstellungen für zusätzliche 14.000 Pflegestellen innerhalb der nächsten drei Jahre geschaffen. Dies betrifft jedoch nicht (nur) den Intensivpflegebereich, sondern gilt für alle Bereiche und alle Kliniken. Insgesamt ist dies politisch sehr bedeutsam und ein begrüßenswertes Signal, denn man hat die Notwendigkeit zum Handeln offensichtlich erkannt und die Pflege damit deutlich herausgestellt. Gleichsam aber ist dies erneut eine Personalzahl, die sich aus berechneten und bereitgestellten Geldern ableitet und nicht aus stabilen Kennzahlen gewonnen wurde.

Somit werden geschätzte 700 Millionen Euro verteilt, ohne dass stabile Kennzahlen die Notwendigkeit und den richtigen Mitteleinsatz in den Kliniken begründen könnten.

Der Weg zur Transparenz

Ebenfalls im Ministerium beschäftigt sich derzeit eine Unterarbeitsgruppe mit der Frage nach einer Auswahl von pflegerischen Indikatoren, die gegebenenfalls in das DRG-System integriert werden könnten. Ob dies gelingt und ob sich dies politisch und methodisch tatsächlich umsetzen und stabilisieren lässt, kann derzeit ebenso wenig abgeschätzt werden wie ein Termin einer Einführung und die Auswirkungen im Rahmen einer Budgetwirksamkeit. Auch bei diesem Projekt wird der gesamte Pflegebereich in den Fokus gerückt. Für die Intensivpflege spezifisch liegen noch keine zu diskutierenden Vorschläge vor.

LEP – in Sachen Personalbemessung nicht das Mittel der Wahl

Ein vielfach beachtetes und mittlerweile auch in einigen deutschen Kliniken eingesetztes Verfahren ist das schweizerische Leistungserfassungssystem in der Pflege (LEP) (Brügger et al. 2002). Mittels LEP können detaillierte Einzelleistungen für den Patienten sichtbar gemacht werden – ein unschätzbare Vor-

teil für das Qualitätsmanagement. So können Veränderungen in den Leistungsprofilen der Pflegenden dargestellt und es kann genau beschrieben werden, wie häufig welche Unterstützungsform gegeben wird. Die Frage, ob man einen gemeinsamen Handlungsstandard für ein Problem erstellen muss, kann vor dem Hintergrund des tatsächlichen Auftretens diskutiert werden. Das schützt vor der umfangreichen Bearbeitung „hoch gekochter“ Randprobleme und lenkt den Blick auf den Kern der Arbeit. Wichtig und eine wertvolle Zusatzinformation beim LEP-System ist zudem, dass die Intensitäten der Leistungen abgestuft kodiert werden können. So lässt sich eine Zunahme an pflegerischer Tätigkeit und an pflegerischer Intensität gleichermaßen gut dokumentieren. Hinsichtlich der Personalbemessung, einem „Abfallprodukt“ der LEP-Anwendung, lässt sich aber Folgendes bemerken: Die Erfassung jeder einzelnen Leistung ist komplex und aufwendig; sie „nur“ für eine (ungefähre) Personalbemessung zu verwenden, lässt die wesentlichen Nutzungspotenziale des LEP-Systems völlig außer Acht. Hinzu kommt eine methodische Schwierigkeit: Vielfach führen starre normative Zeitwerte für jede Einzelleistung und deren Addition an der Wirklichkeit der geleisteten Arbeit vorbei, weil suggeriert wird, dass alle Leistungen so lange gedauert hätten, wie die Soll-Zeiten es vorgeben. In der Praxis übersteigen dann die addierten Tätigkeitszeiten manchmal, bisweilen sogar dauerhaft die Summe der gesamten Personalzeit. Es entsteht der kodierte Eindruck, dass 100 Prozent der Arbeit des Personals am Patienten erbracht wurde, was mit der wirklichen Arbeit auf einer modernen Intensivstation nur entfernt etwas zu tun hat.

Die Wirklichkeit wird nicht mehr abgebildet, sondern systematisch verzerrt und die resultierenden Daten sind kaum noch auswertbar. Zudem verstärkt oder erzeugt man überhaupt erstmals bei den Pflegenden vor Ort das Gefühl, ständig unterbesetzt zu sein. Damit führt das System zu einem kontinuierlichen „Frustrationsgefühl“, was wenig hilfreich erscheint, weil sich im System Lösungen entziehen – es ist nicht budgetwirksam. Wohl aber kann damit eine interne Argumentation unterstützt werden.

Fallgruppen – eine praktikable und unaufwendige Alternative

Eine Alternative und ein Verfahren zur reinen Personalbemessung ist ein System der Fallgruppenentwicklung. Dieses orientiert sich an einmalig zu erhebenden Leistungsprofilen für einen Patienten. Am Ende der Behandlung wird ermittelt, welche Leistungen im Verlauf des Patientenaufenthalts erbracht wurden. Nicht die Häufigkeit der einzelnen erbrachten Leistungen ist entscheidend, sondern die Interaktion der Leistungen, also das gemeinsame Auftreten

und somit die Unterschiede im Leistungsprofil. Liegen gemessene Referenzwerte der aufgewendeten Pflegezeit für den Patienten vor, können anhand unterschiedlicher Leistungsprofile die Unterschiede der aufgewendeten Pflegezeit berechnet werden.

Wenn aus vielen Kliniken Referenzwerte vorliegen, kann ein solches System schnell zu einem internen Steuerungsinstrument werden, denn man kann die eigenen Werte und die Werte anderer Kliniken miteinander vergleichen und schauen, ob man sich mit den Profilen der Patienten und den Zeitkorridoren im Rahmen bewegt oder nicht.

Auch Kliniken, die keine eigenen Daten über Zeiten der Pflege haben, können sich eine Personalbemessung aufbauen, wenn genug Referenzkliniken Zeitwerte erheben

Werden zusätzliche Informationen zur Patientensicherheit erhoben, kann ein komplexes System entstehen, das Patientenprofile und die Ergebnisse der Patientensicherheit verbindet. Der Vorteil: Die Daten müssen nicht permanent erhoben werden und die Leistungsprofile lassen sich auf der Basis bestehender Erfassungssysteme „im Hintergrund“ abgreifen – eine Mehrdokumentation entsteht nicht. Etablierte Verfahren wie LEP-Daten können weiterhin verwendet werden. Es entsteht also keine neue Datenbasis, sondern nur eine Veränderung der Verwertung und Berechnung.

Auch Kliniken, die keine eigenen Daten über Zeiten der Pflege haben, können sich so eine Personalbemessung aufbauen, denn wenn genug Referenzkliniken Zeitwerte erheben, benötigen die anderen Kliniken lediglich die einmalig ermittelten Leistungsprofile. Eine praktikable und unaufwendige Lösung eines bislang kompliziert erscheinenden Problems. Die Realisierung ist keine Utopie mehr!

Ein Interessenskreis aus sechs kardiologischen Intensivstationen, zwei Forschungsinstituten und einer Hochschule hat sich zusammengeschlossen, um die Entwicklung voranzutreiben. Erhoben werden sollen im kommenden Jahr zirka 2 000 Patientenfälle und die entsprechenden Pflegezeiten, um eine Erstkalkulation von Fallgruppen auf kardiologischen Intensivstationen vorzunehmen.

Wenn die Mittel für das Projekt bewilligt werden, können so schon Ende nächsten Jahres die Erstkalkulationen berechnet und der interessierten Öffentlich-

keit vorgestellt werden. Ein Beispiel, wie aus dem Schulterschluss von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis eine echte Arbeitshilfe und -erleichterung entstehen kann.

Literatur:

- Bergers, M. (2000): Leistungserfassung in der Intensivpflege. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 39, H. 2, S. 147–153
- Brügger, U., Bamert, U., Odermatt, R. (2002): Beschreibung der Methode LEP Nursing 2. St. Gallen
- Cullen, D. J.; Civetta, J. M.; Briggs, B. A.; Ferrara, L. C. (1974): Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. In: Critical care medicine, Jg. 2, H. 2, S. 57–60
- Dorfmeister, G.; Boder, R. (1997): WIPP-Studie. WIPP-Studie. Arbeits- und Personalbedarfsanalyse: In: intensiv, Jg. 4, H. 5, S. S.79–84
- Dörr, H.-U. (1998): Berechnung einer Belastungsziffer für den Tagdienst im stationären Pflegebereich. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 35, H. 12, S. 1064–1069
- Faschingbauer, C. (Hg.) (2002): Das Intensivpflege- und Leistungserfassungssystem Inpuls am Universitätsklinikum Heidelberg. PFLEGE DOKUMENTATION. In: Pflege Zeitschrift, Jg. 55, 6: Kohlhammer
- Isfort, M. (2008): Patientenklassifikation und Personalbemessung in der Pflege. Münster: Monsenstein & Vannerdat (MV Wissenschaft)
- Isfort, M.; Weidner, F. (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Unter Mitarbeit von A. Neuhaus und S. Reimers. Herausgegeben von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf>

- Reimers, S.; Siegling, C. (2009): Das TISS als Instrument zur Personalbemessung in der Intensivpflege. In: intensiv, Jg. 17, H. 1, S. 1–11
- Rupprecht, H.; Kloster, W.; Varenhorst, A. (1994): Vorstellung eines Pflegezeiterfassungssystems. Zur Ermittlung des Aufwandes bei Intensivpatienten und daraus abgeleiteter Personalstellenberechnung. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 33, H. 9, S. 758–762
- Simon, M. (2007): Stellenabbau im Pflegedienst nicht alleine durch Budgetrestriktionen erklärbar. In: Pflege Zeitschrift, Jg. 60, H. 12, S. 676–681
- Statistisches Bundesamt (2008a): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Krankenhäuser/Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Betten
- Statistisches Bundesamt (2008b): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtungen. Wiesbaden (Fachserie 12/Reihe 6.1)
- Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (2008): Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System. WZB – Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Online verfügbar unter <http://www.wamp-drg.de>

Der Autor:

Dr. Michael Isfort, Diplom-Pflegewissenschaftler, ist stellvertretender Geschäftsführer des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. Er promovierte über Personalbemessungsverfahren auf Intensivstationen und ist als Lehrbeauftragter für Pflegewissenschaft in der KathHO (Katholischen Hochschule) in Köln tätig.

Anschrift des Verfassers:

Dr. rer. medic. Michael Isfort
 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip)
 Hülchrather Straße 15, 50670 Köln
 E-Mail: m.isfort@dip.de