

Das Pflege-Thermometer 2009

Im Rahmen der Pflege-Thermometer-Reihe führte das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) Ende 2009 zum fünften Mal eine Befragung durch. Der Schwerpunkt lag auf allgemeinen und somatisch ausgerichteten Krankenhäusern und Fragen zu beruflichen Belastungen, zur Patientenversorgung und -sicherheit, Fragen zum Berufsbild sowie zur Koordination und Kooperation mit Ärzten. Grundlage dieser Sonderauswertung aus der Studie sind Daten von fast 2 000 Intensivpflegenden (n = 1 927) aus Kliniken in ganz Deutschland. Gefördert wurde die Studie von der B. Braun-Stiftung. Die vollständige Studie kann kostenlos von den Internetseiten des dip heruntergeladen werden (www.dip.de).

Foto: N. Dietrich

Die Pflege-Thermometer-Reihe des dip

Pflege-Thermometer 2002: Ambulante Pflege, Altenpflege, Krankenhäuser
Pflege-Thermometer 2003: Altenpflege, Leitungen
Pflege-Thermometer 2004: Ambulante Dienste, Leitungen
Pflege-Thermometer 2007: Krankenhaus, Pflegedirektionen
Pflege-Thermometer 2009: Krankenhaus, Pflegekräfte
online unter: www.dip.de

Pflege-Thermometer 2009

Intensivpflege unter Druck

Prof. Dr. Michael Isfort, Prof. Dr. Frank Weidner et al.

Fast 2 000 Intensivpflegende haben am Pflege-Thermometer 2009 teilgenommen. Ihre Daten wurden gesondert ausgewertet und zeigen erstmals die steigenden Belastungen der Intensivpflegenden auf breiter Basis. Auch belegen sie die dringende Notwendigkeit einer Personalbemessung auf Intensivstationen.

Seit nunmehr acht Jahren werden in regelmäßigen Abständen vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Pflege-Thermometer-Befragungen durchgeführt und der interessierten (Fach-)Öffentlichkeit vorgestellt. Die Daten aus den Befragungen sollen die statistischen Grunddaten (z. B. Krankenhausstatistik) ergänzen und dort Wissenslücken schließen und Interpretationen zulassen, wo die amtlichen Daten keine ausreichenden Antworten geben können.

Ein wesentlicher Aspekt der Analyse ist der Hinweis darauf, dass zentrale Daten aus der Intensivpflege in Deutschland fehlen. So ist weiterhin nicht bekannt, wie viele Pflegenden auf bundesdeutschen Intensivstationen arbeiten, wie hoch der Fachkraftanteil ist und wie sich die Arbeit und auch die Arbeitsbelastung verändert haben und weiterhin verändern.

Mit dem Pflege-Thermometer 2009 können erstmals wichtige Hinweise bezüglich der steigenden Belastungen der Intensivpflegenden auf breiter Basis aufgezeigt werden. Es bedarf jedoch über die eher beschreibenden Studien der Pflege-Thermometer-Reihe hinaus dringend einer systematischen und regelmäßigen Betrachtung pflegerischer Ergebnisindikatoren auf den Intensivstationen (ITS), denn hier sind die besonders kritisch erkrankten Patienten zu versorgen. Nur vor dem Hintergrund einer hinreichenden Personalausstattung können Patientensicherheit und eine Intensivtherapie auf einem hohen Niveau gewährleistet werden. Doch gerade bezüglich dieses Aspekts ist davon auszugehen, dass es für die Pflegenden zunehmend schwieriger wird, wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen.

Ausweitung der Intensivbehandlung

Um die nachfolgend vorgestellten Ergebnisse der Befragung einzuordnen, bedarf es zunächst ein paar Kennzahlen zur allgemeinen Situation und Entwicklung in der Intensivpflege. In den vergangenen Jahren ist zu beobachten, dass der Bereich der Intensivbehandlung immer weiter ausgebaut wurde. In einem

Zehn-Jahres-Vergleich (1998 bis 2008) stieg die Zahl der in Deutschland aufgestellten Intensivbetten von 22 500 auf 23 900.

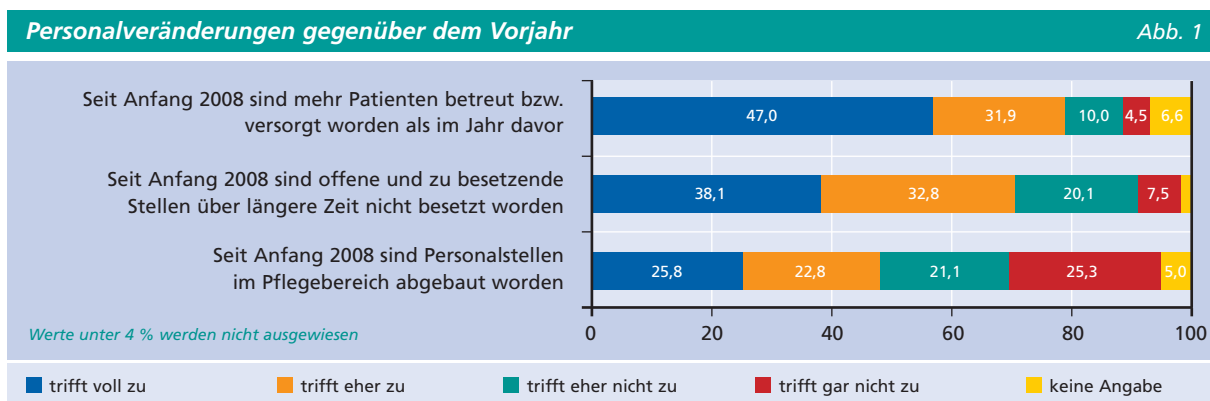
Zum Vergleich: Insgesamt wurde in diesem Zeitraum in den Krankenhäusern in Deutschland die Bettenzahl um rund 70 000 reduziert. Im selben Zeitraum erhöhten sich auch die Pflegeetage auf den ITS um 13 Prozent. Im Jahr 2008 wurden damit erstmals mehr als sieben Millionen Pflegeetage auf den ITS geleistet. Die Bettenauslastung lag dabei im Jahr 2008 bei über 80 Prozent. Es kann also insgesamt davon ausgegangen werden, dass sich die Belastung der Pflegenden erhöht hat, wenn die zunehmende Versorgung nicht mit entsprechend mehr Personal beantwortet wurde.

Arbeitsbelastung erhöht sich

In den vergangenen Jahren erfolgte insgesamt ein dramatischer Personalabbau im Pflegebereich. Zwischen 1995 und 2008 kam es zu einer Reduzierung von jeder siebten Stelle im Pflegedienst in den allgemeinen Krankenhäusern. In Zahlen heißt das: Es wurden 50 000 Pflegestellen abgebaut. Da die Intensivpflege und der Pflegedienst der bettenführenden Stationen in der amtlichen Krankenhausstatistik gemeinsam geführt werden, lässt sich jedoch nicht spezifisch aufschlüsseln, ob es zu einer Umverteilung gekommen ist oder ob der Intensivpflegedienst ebenso vom Stellenabbau betroffen wurde. Anzeichen für einen Ausbau gibt es der Studie zufolge jedoch nur in einem geringen Umfang.

Die Pflegekräfte wurden gefragt, was sich im Vergleich zum Vorjahr auf ihrer Station verändert hat und welche Beobachtungen hinsichtlich der Personalausstattung und der Patientenversorgung gemacht wurden (Abb. 1).

Im vorliegenden Pflege-Thermometer 2009 ist es jede zweite Pflegekraft, die im Vergleich zum Vorjahr hingegen tendenziell einen Personalstellenabbau beobachtete. Fast vier von fünf Befragten geben an, dass



sie im Vergleich zum Vorjahr mehr Patienten betreuen. Das spricht für eine deutliche Arbeitsleistungssteigerung. Sieben von zehn Pflegenden beobachteten zudem, dass offene und zu besetzende Stellen auf ihrer Station über längere Zeit nicht besetzt wurden. Jede zweite Pflegekraft gibt als Grund der Nichtbesetzung übrigens an, dass sich für die Stellen keine geeigneten Bewerber fanden.

Das Resultat dieser zunehmenden Belastungssituation für die verbleibenden Pflegenden ist eindeutig: Es werden mehr Überstunden geleistet. Im Durchschnitt wurde dabei von den Pflegekräften der ITS mehr als eine komplette Arbeitswoche innerhalb der letzten sechs Monate an zusätzlichen Arbeitsstunden geleistet (im Durchschnitt: 44 Stunden). Dabei reichte das Spektrum bis zu 300 (!) Überstunden.

Ebenso sind es mehr als drei von vier Intensivpflegenden, die im letzten Monat zusätzlich zum regulären Wochenenddienst einen weiteren Wochenendtag oder Feiertag gearbeitet hatten. Jede vierte ist dabei mehr als einen zusätzlichen Tag eingesprungen. Damit jedoch rücken die so notwendigen Erholungszeiten für die Pflegenden immer weiter nach hinten. Dies belegen auch weitere Kennzahlen der Studie: Nur jede dritte antwortende Intensivpflegende kann die zusätzlichen Überstunden zeitnah wieder ausgleichen, nur eine von vier Intensivpflegenden kann die Pausen außerhalb des Arbeitsbereiches und damit in jedem Falle unterbrechungsfrei nehmen.

Vor dem Hintergrund der hier beschriebenen Zahlen muss von einer deutlichen Arbeitsverdichtung und einer zunehmenden Arbeitsbelastung für die befragten Intensivpflegenden ausgegangen werden.

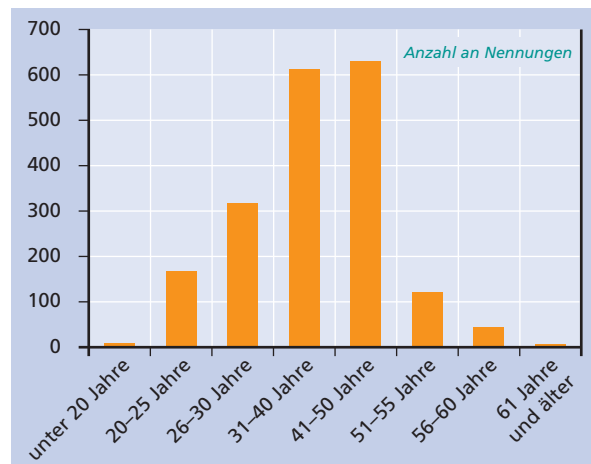
Intensivpflegende werden älter

Ein wichtiger Aspekt bezüglich der notwendigen Ruhepausen ist auch das Alter und die Dauer der Belastung der Intensivpflegenden. Die Befragten in der Studie arbeiteten im Durchschnitt seit über 17,5 Jahren in der Pflege und seit über zwölf Jahren bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber. Der Job auf der ITS ist anstrengend. Nicht nur schwere körperliche Arbeit wird geleistet, die konzentrierte diagnostische und therapeutische Arbeit fordert ebenso heraus wie die psychischen Belastungen und der Schichtdienst. Je älter die Mitarbeiter werden, umso wichtiger werden Ruhe- und Erholungsphasen, um sich vor Belastungen und Gesundheitsrisiken zu schützen.

Je eine von drei Pflegenden gehörte in die Altersgruppe der 31–40-jährigen beziehungsweise in die der 41–50-jährigen Pflegenden. Nur 2,5 Prozent der Befragten in der Studie waren über 56 Jahre (Abb. 2). Das kann ein Hinweis darauf sein, dass ein Arbeiten auf einer ITS bis zum Eintritt ins Rentenalter ein eher seltenes Phänomen ist.

Altersverteilung der Intensivpflegenden in der Stichprobe

Abb. 2



Jede zweite befragte Intensivpflegekraft geht nicht davon aus, dass sie bis zum Renteneintritt in der Pflege arbeiten wird. Vor diesem Hintergrund muss zunehmend die Nachwuchsdiskussion geführt werden. Denn die große Gruppe der 41–50-Jährigen wird in naher Zukunft in den kritischen Altersbereich kommen. Dies wird zu einem erheblichen Ersatzbedarf an qualifizierten Pflegenden führen, die voraussichtlich altersbedingt aus der Arbeit auf der ITS ausscheiden werden.

Sicherheit in der Versorgung nicht mehr gewährleistet

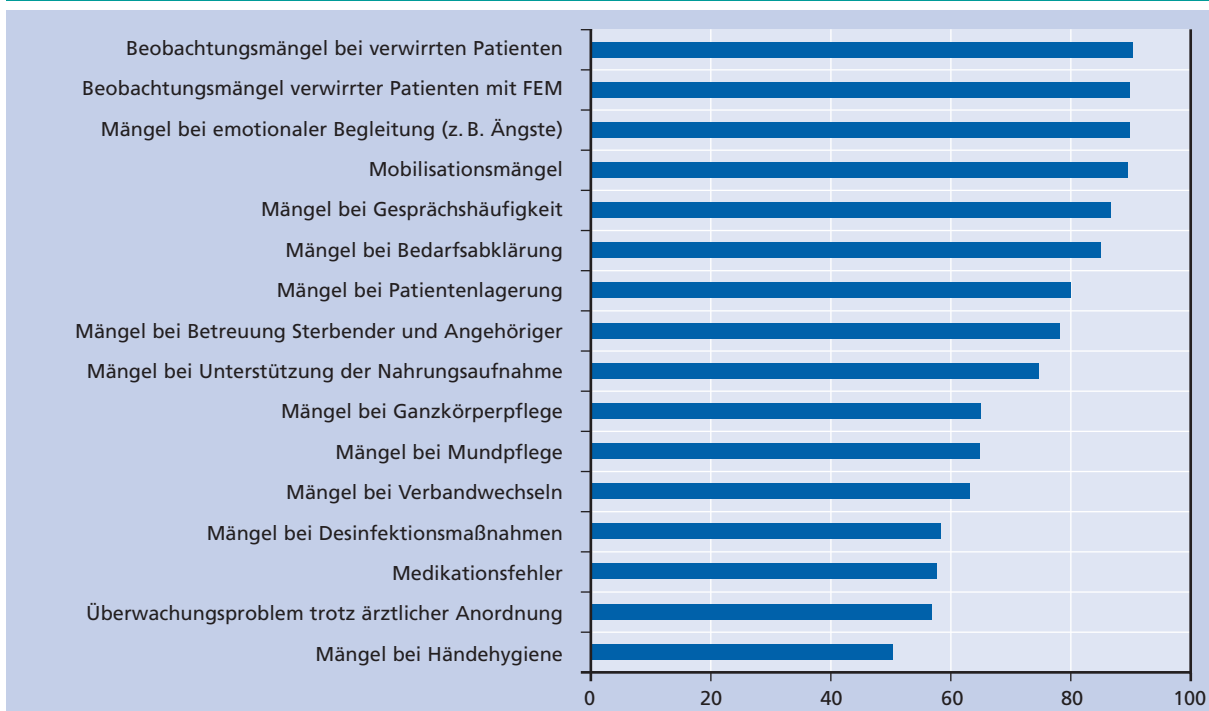
Die Reduzierung der Pflegenden auf der Station und die Betreuung von mehr Patienten führen dazu, dass zwei von fünf der befragten Pflegenden angeben, die Schichtbesetzungen seien derzeit nicht mehr ausreichend, um die Patientenversorgung pflegefachlich abzusichern. Eine Gewährleistung der Sicherheit der Patienten geben nur noch 80 Prozent der Pflegenden an.

Dies kann nicht befriedigend sein, heißt es doch, dass eine von fünf Intensivpflegenden offensichtlich in einer Arbeitssituation steht, in der ein zentrales Gefühl der Arbeit verloren geht: die Gewissheit, die realen sowie die potenziellen Gefahrensituationen auf der Arbeit vollständig kontrollieren und beherrschen zu können. Doch eben dieses Gefühl ist zentral, möchte man eine für sich befriedigende Arbeit ausüben und einer Patientenversorgung auf hohem Niveau gerecht werden können.

Dass vor dem Hintergrund großer finanzieller Belastungen der Kliniken in Teilen Abstriche bezüglich einer wünschenswerten und umfassenden Patienten- sowie Angehörigenarbeit gemacht werden müssen, ist vielleicht noch akzeptabel. Die Sicherheit der

Prozentuale Häufigkeit von Mängeln in den letzten sieben Arbeitstagen

Abb. 3



Intensivpatienten aber muss zu 100 Prozent gewährleistet werden können!

Die Schwierigkeit der Versorgungssicherstellung hängt dabei auch zusammen mit der Anzahl der zu betreuenden Patienten, wie sie sich in der Studie darstellen. Während es in anderen Ländern, zum Beispiel in einzelnen Bundesstaaten der USA, feste Pflegekraft-Patientenquoten gibt, ist dies in Deutschland nicht geregelt. Die Ausstattung bleibt den Krankenhäusern selbst überlassen. Sie entscheiden, mit wie viel Personal sie welche Form der Versorgung durchführen wollen und können.

Indikatoren der Versorgungsqualität (z. B. Infektionsraten, Mortalitätsraten der Patienten) werden in Deutschland nicht in Kombination mit der Personalausstattung diskutiert und erhoben. Die gängigen Qualitätsbemessungen haben hier „blinde Flecken“, was die Ermittlung des Zusammenhangs von Patientensicherheit und Personalkapazität angeht. Auch dies ist in anderen Ländern durchaus anders. Das Resultat einer fehlenden Personalbemessung und der fehlenden Qualitätsüberprüfung ist, dass bei den Befragten sehr unterschiedliche Personalausstattungen vorliegen. 31 Prozent der antwortenden Intensivpflegenden in der Studie betreuen zwei Patienten pro Schicht. Dies entspricht der Pflegekraft/Patientenrelation, wie sie von der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste (DGF) in Deutschland für weniger kritisch Kranke vorgeschlagen wird. Für kritisch Kranke empfiehlt die DGF eine 1 : 1-Quote.

Diese kommt in der Stichprobe der Befragten jedoch fast nicht vor (0,2 Prozent). 48 Prozent der Befragten betreuen in der Regel drei Patienten pro Schicht. Elf Prozent betreuen sogar vier Intensivpatienten pro Schicht. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass das Behandlungsspektrum der einzelnen ITS sicherlich sehr weit auseinandergehen kann und eine ITS einer neurochirurgischen Universitätsklinik andere Patienten betreut als eine ITS, auf der zum Beispiel keine Hämofiltrationen durchgeführt werden. Dennoch erscheinen drei oder mehr Patienten pro Pflegekraft eine ungewöhnlich hohe Versorgungsbelastung zu sein.

Pflegemängel werden deutlich

Vor dem skizzierten Hintergrund wundert es nicht, dass die Pflegenden bereits konkrete Mängel und Einschnitte in der Patientenversorgung erleben. Zur Ermittlung von Pflegemängeln wurde in der Studie das schweizerische Bernca® eingesetzt, ein Befragungsbogen, der vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel entwickelt wurde.

Kernbereich des Instruments ist die Nennung unterschiedlicher pflegerischer Problemsituationen und die Frage danach, wie häufig diese in den vergangenen sieben Arbeitstagen vorgekommen sind. Abbildung 3 zeigt dabei die prozentuale Einschätzung zu Mängeln, die innerhalb der letzten sieben Arbeitstage selten, häufiger bis oft vorgekommen sind.

Die Mängel sind entsprechend der prozentualen Ausprägung sortiert. Hier zeigt sich, dass nur jede zweite Pflegekraft ausschließen kann, dass es innerhalb der letzten sieben Arbeitstage zu Mängeln bei der Händehygiene gekommen ist. Betrachtet man dies im Fokus der rapide steigenden MRSA-Infektionen in Deutschland sowie der Abwehrschwäche bei zahlreichen Intensivpatienten, muss hier Alarm geschlagen werden. Die Händehygiene ist die erste Regel des Kontaminationsschutzes in der Empfehlung des Robert Koch-Instituts zur Prävention und Kontrolle von MRSA in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

Es kann dabei davon ausgegangen werden, dass sich eine so eklatante Problematik, wie abgebildet, nicht auf ein Wissensdefizit bei den Pflegenden reduzieren lässt. Mit Schulungen wird man dieser massiven Problematik nicht hinreichend begegnen können. Der HTA-Bericht von Korczak und Schöffmann aus dem Jahr 2010 unterstreicht, dass reine Leitlinienveröffentlichungen in Kliniken und Schulungen von Mitarbeitern der internationalen Studienliteratur zufolge kaum Wirkungen zeigen. Die Autoren schlagen für die Prävention der MRSA-Infektionen eine multimodale Kombination von individualisierten Screenings, Schulungen sowie eines Antibiotika-Managements vor.

An dieser Stelle kann der Vorschlag noch um die Forderung einer angemessenen personellen Ausstattung ergänzt werden. Die enorme Arbeitsdichte der Pflegenden lässt offensichtlich nicht immer ausreichend Zeit, um vor und nach jedem Patientenkontakt eine vollständige 30-sekündige Händedesinfektion durchzuführen. Auch werden Medikationsfehler nur von weniger als jedem zweiten Befragten ausgeschlossen. Das der Einschätzung der Intensivpflegenden zufolge häufigste Problem jedoch stellt sich bei den beobachtungsintensiven Patienten dar. Hier sind es neun von zehn Pflegenden, die Probleme angeben. Die fehlende Möglichkeit der Beobachtung führt den Aussagen zufolge auch zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen für die Patienten, denn die Gefährdung verwirrter Patienten (z. B. infolge eines Durchgangssyndroms oder einer demenziellen Veränderung) kann hier anscheinend nicht mit einer notwendigen 1:1-Betreuung beantwortet werden.

Auffallend ist insgesamt, dass die formulierten Mängel sowohl bezüglich der Reihenfolge als auch der Intensität nicht wesentlich von denen in den bettenführenden allgemeinen Bereichen (z. B. internistische Stationen, chirurgische Stationen) abweichen.

Dies stützt die These, dass die Intensivstationen unter einem gleichen personellen Druck stehen wie die allgemeinen Versorgungsbereiche. Hier besteht dringender Handlungs- und Verbesserungsbedarf.

Personalbemessung dringend erforderlich

In den letzten Jahren ist es offenbar nicht oder nicht flächendeckend gelungen, die zusätzlichen Patientenbedarfe mit zusätzlichem Personal vernünftig zu beantworten. Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen daher auf die prinzipielle Notwendigkeit hin, regelmäßig Studien wie das Pflege-Thermometer durchzuführen. Nur so können Mängel in der Personalausstattung fundiert und systematisiert in die politische Diskussion gebracht werden und so das Argument entkräften, dass dies wohl eher Einzelfälle seien. Davon ist nicht auszugehen, wenn man die Daten von 2 000 Intensivpflegenden aus dem ganzen Bundesgebiet ernst nimmt.

Doch mit der reinen Beschreibung und einer sich immer wiederholenden Mahnung aus der Pflegewissenschaft alleine ist es selbstredend nicht getan. Längst überfällige Konsequenzen müssen endlich folgen. Es ist dringend zu prüfen, ob es den Krankenhäusern weiterhin selbst überlassen bleiben kann, die Personalausstattung im Pflegebereich nach eigenen Vorstellungen und eigenem Ermessen zu steuern.

Die in vielen Kliniken eingesetzten Verfahren der Qualitätsmess- und -managementsysteme sowie die Kriterien der Qualitätsmessung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) bleiben für die Fragen der Pflege weitestgehend unsensibel, und so bleiben die Reaktionen auf eklatante Mängel aus. Sie werden „übersehen“. Das liegt auch daran, dass keine systematischen Messungen der Zusammenhänge zwischen Patientensicherheit und Pflegekapazität unternommen werden. Dabei belegen internationale Studien und Reviews vorhandener Studien seit Jahren eindrücklich, dass dies erforderlich ist, wenn man die tatsächliche Qualität der Versorgung in Augenschein nehmen möchte.

Aus den Argumenten resultiert, dass stärker als bislang eine Personalbemessung eingefordert werden muss. Hierfür stehen unterschiedliche Wege zur Verfügung, die im Rahmen dieses Artikels nicht umfassend diskutiert werden können. Das Eintreten für eine feste Patienten-Pflegekraftquote, wie sie in anderen Ländern teilweise eingesetzt wird, ist eine

mögliche Variante. Sie ist jedoch eine sehr undynamische Form der Bemessung. Andere Verfahren (Aufwandsgruppen) bedürfen einer längeren Forschungs- und Entwicklungsphase und sind damit nicht kurzfristig einsetzbar.

Um die Wirksamkeit der Wahrnehmung pflegerischer Belange in der eigenen Klinik und vor allem in der Gesellschaft zu erhöhen und somit auch politisch mehr Einfluss zu nehmen, müssen sich die betroffenen Pflegenden aber stärker organisieren. Hier hilft nur, das eigene berufspolitische Engagement zu erhöhen (zum Beispiel durch Mitgliedschaft in einem Berufsverband), um mit einer starken Stimme zu sprechen. Darüber hinaus sind politische Verbündete zu suchen, die gemeinsam für die Belange der Pflegekräfte eintreten, denn in Zeiten knapper werdender Kassen wird die Durchsetzung eigener, zum Teil auch kostenintensiver Forderungen für die Pflege nicht leichter werden.

Arbeitsbedingungen auf der ITS müssen verbessert werden

Ein drittes zentrales Handlungsfeld kann ausgemacht werden: Derzeit ist bereits an vielen Stellen ein Fachkräftemangel sichtbar. Die Arbeitslosigkeit unter Gesundheits- und Krankenpflegenden ist auf einem Rekord-Tief, und die demografische Entwicklung der beruflich Pflegenden zwingt zu zweierlei: Erstens werden die Kliniken unbedingt die Pflegenden halten müssen, die bei ihnen auf der Intensivstation arbeiten, denn es wird in absehbarer Zeit nicht mehr genug Fachpflegende geben. Können Operationen und Behandlungen nicht durchgeführt werden, weil Teile der Intensivstation infolge eines Personalmangels geschlossen werden müssen, so wirkt sich dies direkt budgetwirksam aus und kann für die Krankenhäuser auf Dauer teuer werden.

Deshalb müssen dringend die Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter verbessert werden, zum Beispiel die Garantie auf Freizeiten und die geplanten Erholungsphasen, damit die vorhandenen Pflegekräfte auch in einem fortgeschrittenen Berufsalter ihre Arbeit weiterhin erfolgreich leisten können. Die Berufsdemografie führt dazu, dass 2014 erstmals die Gruppe der über 50-jährigen Pflegenden größer ist als die der unter 35-jährigen. Es muss in jedem Fall verhindert werden, dass ältere Pflegenden aufgrund zu hoher Belastungen mit gesundheitlichen Einschränkungen in die Frührente gehen müssen. Mit diesen Kollegen gehen unschätzbare berufliches Wissen und viel Erfahrung aus dem Beruf.

Es werden dringend Konzepte und Ideen benötigt, wie die Kollegen unter sich die Arbeit so koordinieren, dass die älteren Kollegen stark belastende Arbeiten weniger durchführen und dafür ihren ganzen

Erfahrungsschatz in Form von Coaching und Wissensvermittlung einbringen können.

Literatur:

Kommission zur Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut: Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus Aureus (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

Korczak, D.; Schöffmann, C. (2010): Medizinische Wirksamkeit und Kosten-Effektivität von Präventions- und Kontrollmaßnahmen gegen Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA)-Infektionen im Krankenhaus (HTA-Schriftenreihe Bd. 100. Köln)

Kane, Robert L. et al. (2007): The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. Medical Care. 45 (12): 1195-1204, December 2007

Isfort, M. (2009): Personalbemessung auf Intensivstationen. Der lange Weg zur Transparenz. In: PflegenIntensiv, Jg. 3, H. 2, S. 36-40

Die Autoren:

M. Isfort, F. Weidner, S. Kraus, A. Neuhaus, V.-H. Köster, D. Gehlen

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort

Abteilungsleiter III (Pflegearbeit und -beruf)

Mitglied des Vorstandes

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.

Hülchrather Straße 15, 50670 Köln

E-Mail: m.isfort@dip.de, www.dip.de

Einen Klick wert!

www.station24.de



Ein Service von
**DIE SCHWESTER
DER PFLEGER**

Station24.
PRAXIS WISSEN PFLEGE