

Pflege-Thermometer 2012

**Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur
Situation der Pflege und Patientenversorgung
auf Intensivstationen im Krankenhaus**

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15

50670 Köln
Tel.: 0221 / 4686130
Fax: 0221 / 4686139

<http://www.dip.de>

Pflege-Thermometer 2012

„Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus“

Zitationsvorschlag:

Isfort, M.; Weidner, F.; Gehlen, D. (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>

Projektleitung: Prof. Dr. Michael Isfort
Prof. Dr. Frank Weidner

Mitarbeit: Danny Gehlen

© 2012 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15
50670 Köln
<http://www.dip.de>

Die Studie wurde mit Mitteln der **B. BRAUN-STIFTUNG** gefördert

Die Studie wurde unterstützt von der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege, dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.

1. Inhaltsverzeichnis

1. Inhaltsverzeichnis.....	2
2. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse.....	5
2.1 Steigende Versorgungsleistungen auf den Intensivstationen.....	5
2.2 Probleme bei der Personalausstattung der Intensivstationen.....	6
2.3 Gesundheitsrisiken für Patienten nehmen zu	8
2.4 Tendenz zur Eigenständigkeit der Pflege	9
3. Hintergrund der Studie und der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen	11
3.1 Hinweise zur Pflege-Thermometer-Reihe	11
3.2 Kennzahlen der Entwicklungen der allgemeinen Krankenhäuser	12
3.3 Kennzahlen der Entwicklungen der Intensivbehandlung in allgemeinen Krankenhäusern	16
4. Entwicklungen des Arbeitsmarktes für Pflegende	18
5. Einführung: Pflege-Thermometer 2012	21
5.1 Fragebogenkonstruktion	21
5.2 Stichprobenbeschreibung und Rücklauf	22
5.3 Aufbereitung und Auswertung der Daten	24
6. Angaben zu den Einrichtungen und den Antwortenden	25
6.1 Merkmale der Krankenhäuser	25
6.2 Merkmale der Intensivstationen	27
6.3 Merkmale der antwortenden Leitungskräfte der Intensivstationen	30
7. Angaben zur Patientenanzahl und Personalausstattung	34
7.1 Angaben zur Anzahl der Patienten auf der ICU	34
7.2 Angaben zu den beschäftigten Pflegefachkräften auf der ICU	36
7.3 Angaben zu den Schichtbesetzungen auf der ICU	40
8. Personalstruktur und -ausstattung	44
8.1 Einschätzungen zu Entwicklungen der Personalbesetzung und Bettplätze	44
8.2 Einschätzungen zur Stellenbesetzung	46
8.3 Einschätzungen zur Personalbelastung	50
9. Personalbemessung, Budgetierung und Anreizsysteme	54
9.1 Einschätzungen zur Personalbemessung	54
9.2 Einschätzungen zur Entlohnung	56
10. Interdisziplinäre Zusammenarbeit	58
11. Verantwortungs- und Leistungsbereiche der Pflegefachkräfte	59
10.1 Einschätzungen zur Einflussnahme auf Entscheidungen	60

10.2 Einschätzungen zu interdisziplinären Verantwortungsbereichen	60
10.3 Einschätzungen zu autonom ausgeübten Leistungen	62
12. Patientensicherheit auf Intensivstationen	64
12.1 Allgemeine Einschätzungen zur Versorgungssicherheit	65
12.2 Einschätzungen zu aufgetretenen Versorgungsmängeln	67
12.3 Einschätzungen zu vermeidbaren Zwischenfällen	72
13. Angehörigenarbeit und Patientenorientierung auf Intensivstationen	73
14. Schlussbetrachtung und Empfehlungen	80
14.1 Ausstattung mit Personal und moderner Technik verbessern	80
14.2 Personalbemessung transparent und verbindlich gestalten	81
14.3 Systematisches Monitoring zur Patientensicherheit einführen	81
14.4 Anreizsysteme für Pflegefachkräfte entwickeln und ausbauen	82
14.5 Eigenständigkeit der Leistungserbringung der Intensivpflege anerkennen	82
14.6 Pflege beruflich und akademisch qualifizieren	83
14.7 Angehörige einbeziehen, beraten, fördern und schulen	83
15. Literaturverzeichnis	85
16. Anhang	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Personalkostenverteilung in allgemeinen Krankenhäusern in Tausend Euro	14
Abbildung 2: Entwicklung Vollkräfte im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern 1995 bis 2010 in Prozent .	15
Abbildung 3: Entwicklungen in der Intensivpflege zwischen 2002 und 2010 in Prozent	16
Abbildung 4: Regionalisierte Entwicklungen der Intensivbetten zwischen 2002 und 2010 in Absolutangaben	17
Abbildung 5: Regionalisierte Entwicklungen der Beatmungsfälle zwischen 2002 und 2010 in Absolutangaben ...	18
Abbildung 6: Beschäftigte in den Sektoren Krankenhaus, ambulante und teil-/ vollstationäre Pflege in Absolutangaben	19
Abbildung 7: Arbeitslose / gemeldete Arbeitsstellen Krankenpflege Dezember 2011 in Absolutangaben	20
Abbildung 8: Regionalisierte Verteilung der antwortenden Einrichtungen	24
Abbildung 9: Krankenhäuser nach Trägerschaft (N=515 / gültige Prozente)	26
Abbildung 10: Verteilung nach Bettenklassen in Absolutangaben	26
Abbildung 11: Verteilung nach Anzahl der Bettplätze auf der Station in Absolutangaben (N=532)	28
Abbildung 12: Technische Ausstattung in Absolutangaben	29
Abbildung 13: Verteilung nach Fachdisziplinen in Absolutangaben	30
Abbildung 14: Antwortende nach Altersklassen	31
Abbildung 15: Antwortende nach Jahren der Tätigkeit in der Pflege in Absolutangaben	32
Abbildung 16: Antwortende nach Qualifikation in Absolutangaben	33
Abbildung 17: Patientenbelegung auf der Station in Absolutangaben	35
Abbildung 18: Patientenbelegung auf der Station Streudiagramm	36
Abbildung 19: Streudiagramm Anzahl der Bettplätze und Planstellen	37
Abbildung 20: Altersgruppen der Mitarbeiter in Prozent	39
Abbildung 21: Betreuungsrelationen im Frühdienst in gültigen Prozentangaben	41
Abbildung 22: Personalausstattung über die Schichten in Absolutangaben	42
Abbildung 23: Arbeitszeitmodelle in Prozent	43
Abbildung 24: Einschätzungen zur Strukturentwicklung im Jahr 2011 in Prozent	44
Abbildung 25: Einschätzungen zur Strukturentwicklung 2012 in Prozent	45
Abbildung 26: Einschätzungen zu offenen Stellen und den Auswirkungen in Prozent	46
Abbildung 27: Einschätzungen zur Personalakquisition und Bedarfsabdeckung in Prozent	47
Abbildung 28: Einschätzungen zur Personalfuktuation in Prozent	48
Abbildung 29: Einschätzungen zum Abwerben qualifizierten Personals in Absolutangaben	48
Abbildung 30: Einschätzungen zu Personalkonzepten in Prozent	49
Abbildung 31: Einschätzungen zur Personalbelastung in Prozent	50
Abbildung 32: Einschätzungen zu Belastungsindikatoren in Prozent	51
Abbildung 33: Einschätzungen zu Belastungsindikatoren in Prozent differenziert	52
Abbildung 34: Einschätzungen zu betrieblichen Belastungsindikatoren in Prozent	53
Abbildung 35: Einschätzungen zu betrieblichen Belastungsindikatoren in Prozent differenziert	54
Abbildung 36: Personalbemessungsinstrumente in Absolutangaben	55
Abbildung 37: Personalbudgetierungsverfahren in Prozent	56
Abbildung 38: Tarifliche und außertarifliche Entlohnungen in Prozent	57
Abbildung 39: Außertarifliche Anreize in Prozent	58
Abbildung 40: Einschätzungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit nach Schulnoten in Prozent	59
Abbildung 41: Einschätzungen zur Mitbestimmung in Absolutangaben	60
Abbildung 42: Einschätzungen zur Entscheidung über Beatmungsfragen in Prozent	61
Abbildung 43: Einschätzungen zur Entscheidung und Durchführung von Therapieentscheidungen in Prozent	62
Abbildung 44: Einschätzungen zur eigenverantwortlichen Therapieführung durch Pflegende in Prozent	63
Abbildung 45: Einschätzungen zur sicheren Schichtbesetzung in Prozent	66
Abbildung 46: Einschätzungen zu Qualitäts- und Patientensicherheitsaspekten in Prozent	67
Abbildung 47: Einschätzungen zu Versorgungsmängeln 1 in Prozent	68
Abbildung 48: Einschätzungen zu Versorgungsmängeln 2 in Prozent	69
Abbildung 49: Einschätzungen zu Versorgungsmängeln 3 in Prozent	70
Abbildung 50: Einschätzungen zu Versorgungsmängeln in Prozent differenziert	71
Abbildung 51: Einschätzungen zu vermeidbaren Zwischenfällen in Prozent	72
Abbildung 52: Einschätzungen zu vermeidbaren Zwischenfällen in Prozent (differenziert)	73
Abbildung 53: Einschätzung zur Besuchszeitenregelung für Angehörige in Prozent	75
Abbildung 54: Einschätzung zur Gesprächsmöglichkeit für Angehörige in Prozent	76

Abbildung 55: Ausstattung und Konzepte zur Angehörigenbetreuung 1 in Absolutangaben	77
Abbildung 56: Ausstattung und Konzepte zur Angehörigenbetreuung 2 in Absolutangaben	78
Abbildung 57: Einschätzungen zu Betreuungsmöglichkeiten und Konzeptumsetzung 2 in Prozent.....	78
Abbildung 58: Einschätzungen zur Visite nach Verlegung in Prozent	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rücklauf nach Bundesländern in Absolutangaben und Prozent	23
Tabelle 2: Anzahl der Intensivstation in den Krankenhäusern in Absolutangaben und Prozent	27
Tabelle 3: Bettenanzahl auf der Intensivstation	27
Tabelle 4: Jahre der Tätigkeit in der Pflege nach dem Berufsabschluss	31
Tabelle 5: Jahre der Tätigkeit in der Leitung einer Intensivstation.....	32
Tabelle 6: Berufliche Position der Antwortenden in Absolutangaben und Prozent	33
Tabelle 7: Patientenbelegung auf der Station.....	34
Tabelle 8: Planstellen, Anzahl der Mitarbeiter	36
Tabelle 9: Anzahl der Pflegekräfte in Vollzeit pro aufgestelltem Intensivbett.....	37
Tabelle 10: Offene Stellen auf den Intensivstationen	38
Tabelle 11: Kreuztabelle Bettenaufbau und Personalstellenaufbau	45

2. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

Vorangestellt werden zentrale Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2012, die in den nachfolgenden einzelnen Kapiteln näher ausgeführt werden. Die Ergebnisse der Studie basieren auf der Auswertung von insgesamt 535 leitenden Pflegekräften von Intensivstationen in Deutschland. Von den befragten Leitungskräften sind 47,3% weiblich, 51,8% männlich. In der Leitung tätig sind die befragten Pflegefachkräfte im Durchschnitt seit 11 Jahren, sodass sie überwiegend über eine lange Berufspraxis verfügen. Nur jede vierte Leitung ist für die Aufgabe selbst vollständig von der Pflegearbeit der Station freigestellt und ausschließlich für die Leitung zuständig. Somit ergeben sich für den Großteil der Befragten Aussagen vor dem Hintergrund der weiterhin bestehenden Erfahrung in der klinischen Leistungserbringung.

2.1 Steigende Versorgungsleistungen auf den Intensivstationen

Die Bedeutung der Intensivtherapie in allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland ist in den vergangenen Jahren beständig gewachsen. Es sind dabei sowohl steigende Fallzahlen als auch die Zunahme an intensivmedizinischer sowie komplexer Behandlung zu verzeichnen. Ferner wurden in den Krankenhäusern zusätzliche Kapazitäten in der Intensivtherapie geschaffen. Die Zahl der allgemeinen Krankenhäuser, die ausgewiesene Betten für die intensivmedizinische Versorgung vorhalten, sank hingegen zwischen 2002 und 2010 um 7,7% (von 1.351 auf 1.247). Somit ist auch eine Konzentration der Intensivtherapie auf weniger Krankenhäuser zu beobachten.

Die Kennzahlen des Wachstums lassen sich für den Zeitraum 2002 bis 2010 wie folgt näher beschreiben:

Einen Anstieg verzeichnen die Behandlungsfälle auf Intensivstationen (7,84%). Die Daten aus der Krankenhausstatistik des Bundes zeigen für die allgemeinen Krankenhäuser im Jahr 2010 insgesamt 2.049.888 Behandlungsfälle mit intensivmedizinischer Versorgung. Im Vergleich zu 2002 stieg die Zahl der behandelten Patienten um 148.989.

Ebenso wurde die Anzahl der auf den Intensivstationen vorhandenen Betten insgesamt erhöht (8,84%). In der Summe wurden im Jahr 2010 insgesamt 24.886 Intensivbetten für die Versorgung vorgehalten. Das sind im Vergleich zu 2002 zusätzliche 1.938 Betten.

Nicht nur die Zahl der Betten und die Behandlungsfälle haben insgesamt zugenommen. Ebenso stieg auf der Seite der „Nachfrage“ die Zahl der Berechnungstage/ Belegungstage um 12,36% an (Zuwachs von insgesamt 812.812 Belegungstagen im betrachteten Zeitraum).

In hohem Maße lässt sich dabei auch ein Anstieg schwerstkranker Personen ausmachen, die eine Beatmung während der Behandlung auf der Intensivstation benötigten. Aktuell (im Jahr 2010) wurden 359.300 Patienten in Deutschland während der Aufenthaltsdauer auf einer Intensivstation auch beatmungstherapeutisch behandelt. Numerisch sind 2010 insgesamt 76.000 Patienten zusätzlich beatmungspflichtig behandelt worden als noch im Jahr 2002. Dabei fällt in einer regionalen Analyse auf,

dass sich die Zahl der Behandlungsfälle mit Beatmung während der intensivmedizinischen Versorgung stark unterschiedlich entwickelt hat. Während in NRW zwischen 2002 und 2010 die Zahl um 30.864 zunahm, sank sie in Berlin um 10.155 und in Bayern um 5.093.

2.2 Probleme bei der Personalausstattung der Intensivstationen

Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass sowohl aufseiten der personellen als auch der apparativen Ausstattung in einigen Bereichen Defizite vorliegen. Vor allem zeigt sich, dass die Empfehlungen von Fachgesellschaften nur unzureichend eingesetzt und umgesetzt werden.

Ein zentrales Merkmal ist die Personalausstattung. Diese kann unterschiedlich erfasst und berechnet werden (z.B. durchschnittliche Relation des Personals zur Bettenzahl/ Fachkraftquote/ Schichtbesetzung etc.). Diese Kennziffern haben eine unterschiedliche Qualität in der Aussagekraft. Während allgemeine Relationen eher unspezifisch sind, sind die konkreten Besetzungsrelationen in den Diensten (Schichten) näher an der Versorgungswirklichkeit der Patienten und somit eher geeignet, um daraus klinisch relevante Aussagen abzuleiten.

In der Stichprobe liegt die Grundausrüstung mit Pflegepersonal im Durchschnitt bei 2,1 Vollzeitstellen pro Patientenbett. Dies ist ein erster Orientierungswert. Relevant aus der Perspektive der Patientenversorgung ist jedoch die Frage, wie viele Patienten eine Pflegekraft verantwortlich betreut. Je mehr Patienten durch eine Pflegekraft versorgt werden müssen, umso geringer sind potenziell die Zeitressourcen für den einzelnen Patienten.

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) empfiehlt für die Intensivstationen für zwei Behandlungsplätze (unabhängig ob eine Beatmung erfolgt oder nicht) pro Schicht eine Pflegekraft. Dieser konkreten Empfehlung kommen in der Stichprobe im Frühdienst lediglich 31,1% der Intensivstationen nach (N=447)¹. Die Leitungskräfte der befragten Intensivstationen geben ferner an, dass im Frühdienst überwiegend zwei beatmete Patienten (61,6% [N=30]) oder drei nicht beatmete Patienten (45,8% [N=277]) von einer Pflegekraft betreut werden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Personalbesetzung über die Schichten abnimmt und sich so die Zahl der zu versorgenden Patienten aus Sicht der Pflege über den Tag erhöht. Der Frühdienst ist in aller Regel die am stärksten besetzte Schicht. D.h., mit der Mittagsschicht und vor allem in der Nacht sinkt die Personalausstattung bei gleichbleibender Patientenzahl. Zugleich sinkt somit mit Voranschreiten der Tageszeit die Zahl der Einrichtungen, die die Empfehlungen der DIVI umsetzt.

Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege hat in ihrer Berliner Erklärung aus dem Jahr 2007 Begrenzungen der Behandlungsquoten eingefordert. Die Fachgesellschaft fordert für die Intensivpflege die Betreuung von maximal zwei schwerstkranken Patienten pro Pflegekraft für nicht beatmete Patienten in jeder Schicht ein. Ferner fordert sie eine eins-zu-eins-Betreuung für beatmete Patienten in allen Schichten. Diese

¹ Einbezogen wurden hier 447 Antwortende, die unabhängig von der Form der Beatmung Angaben zur Zahl der betreuten Patienten (beatmet/ nicht beatmet zusammen) im Frühdienst machten. Die weitere Ausdifferenzierung wurde von entsprechend weniger Personen beantwortet.

Betreuungsrelation (für beatmete Patienten), setzen in der Stichprobe im Frühdienst lediglich 7,5% um (N=305). Auf jeder fünften Intensivstation (20,7%) betreut eine Pflegekraft drei oder mehr beatmete Patienten. Diese Daten bestätigen in der Tendenz frühere Untersuchungen² und zeigen dringenden Handlungsbedarf auf.

Die aktuelle Personalbesetzung ist auch eine Frage der Möglichkeiten, Personal für die Intensivpflege zu gewinnen. Derzeit sind in der Stichprobe im Durchschnitt 3,6% der Stellen nicht besetzt. 41,9% der befragten Leitungen stellten für 2011 offene Stellen fest, die nicht in einem Zeitraum von 12 Wochen neu besetzt werden konnten. Die Akquisition von fachlich geeignetem Personal wird zunehmend problematisch. Der Aufwand, der betrieben werden musste, um examinierte Pflegende für die ICU (Intensive Care Unit) zu gewinnen, ist den Aussagen der befragten Leitungskräfte zufolge gegenüber dem Vorjahr spürbar gestiegen: 58,7% bestätigen dies. Bedenkenswert ist auch der Aspekt, dass 47,9% der Befragten angeben, dass sich die Zahl der Pflegefachkräfte, die in Teilzeit arbeiten wollen, gegenüber dem Vorjahr erhöht hat. Eine Erhöhung des Anteils der Teilzeitmitarbeiter bedeutet für die Einrichtungen, dass zusätzliches Personal gewonnen werden muss. Da dieses aktuell nicht auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, bleiben die Möglichkeiten der Personalgewinnung begrenzt und spiegeln sich auch in einem deutlich erhöhten Konkurrenzkampf der Einrichtungen und Regionen um Mitarbeiter wider. Der Konkurrenzkampf zwischen den Kliniken wird an den folgenden Ergebnissen deutlich: 203 (37,9%) der befragten Leitungen gaben an, dass Mitarbeiter der eigenen Station gezielt von Headhuntern anderen Krankenhäusern angesprochen wurden. 69 (12,9%) beobachteten, dass erfolgreich Personal abgeworben wurde.

Die Personalsituation zeigt auch bei den betrieblichen Belastungsindikatoren eine zunehmende Problematik auf. Nur in weniger als jeder dritten Einrichtung (29,9%) können die Pausenzeiten der Pflegefachkräfte in der Regel auch außerhalb der Station verbracht werden. In fast jeder dritten Intensivstation (30,8%) können die Pausenzeiten nicht regelmäßig eingehalten werden. In mehr als jeder vierten Einrichtung (28,6%), können vereinbarte Ruhezeiten (z.B. an Wochenenden/ Nachtwachenfrei) nicht eingehalten werden. Weniger als die Hälfte der befragten Leitungen gibt an (45,1%), dass Überstunden der Mitarbeiter innerhalb von acht Wochen abgebaut werden können.

Nicht nur die personelle Ausstattung entspricht nicht den Empfehlungen der Fachgesellschaften und stellt ein schwerwiegendes Defizit dar. In den Empfehlungen der DIVI werden Ausstattungsempfehlungen gegeben, die hinsichtlich der Notwendigkeit in zwingend erforderliche Grundausstattungen und empfohlene Grundausstattungen für unterschiedliche Disziplinen unterteilt werden.

Betrachtet man hier in der Kombination einzelne ausgewählte Elemente zur Beatmung und zur Überwachung aus den als zwingend erforderlich beschriebenen Ausstattungsmerkmalen (Beatmungsgerät [stationäre und mindestens ein transportables], zentrale Monitoranlage [einschließlich Transportmonitor], Pulsoxymetrie und Kapnometrie), so sind es in der Stichprobe lediglich 60,9% der Einrichtungen, die diese Kombinationen erfüllen. Das heißt, dass im Umkehrschluss bei diesen Merkmalen jede dritte Station technische Defizite aufweist. Betrachtet man weitere Einzelmerkmale, wie

² Isfort 2010

z.B. das Vorhandensein eines Bronchoskops auf der Intensivstation, so sind es 14%, der Befragten die angeben, über diese Ausstattung nicht zu verfügen. Hervorzuheben ist auch, dass 28 Einrichtungen (5,4%) über kein eigenes Blutgasanalysegerät verfügen.

2.3 Gesundheitsrisiken für Patienten nehmen zu

Die hohe Belastung des Personals bleibt nicht ohne Folgen für die Patientenversorgung. Zentral ist die Frage, in welchem Umfang pflegerisch notwendige Maßnahmen stets sichergestellt werden können. In der Studie wurde nach entsprechenden Maßnahmen über den Beobachtungszeitraum der letzten sieben Tage gefragt und danach, in welcher Ausprägung den Befragten eine Sicherstellung gewährleistet erschien. Die Aussagen zeigen, dass zahlreiche notwendige und pflegegenehme Maßnahmen nicht immer vollumfänglich sichergestellt werden können. So geben z.B. lediglich etwas mehr als die Hälfte der Befragten an (55,3%), dass eine notwendige Körperpflege immer durchgeführt werden konnte. Ähnliche Ausprägungen sind im Bereich der Mundpflege zu beobachten. Hier geben beispielsweise nur 43,2% an, dass diese nie ausgefallen sei. Als besonders problematisch erweisen sich aber Maßnahmen der emotionalen Unterstützung. Hier bemerken 89,9% der Befragten das Auftreten von Mängeln. Es sind dabei mehr als Hälfte (51,2%), die angeben, dass diese Aufgaben in den letzten sieben Arbeitstagen sogar häufiger oder oft nicht angemessen umgesetzt werden konnten. Gravierend ist auch, dass Probleme bei der Sicherstellung der Nahrungsaufnahme beschrieben werden. 65,8% geben hier Mängel an. 19% der befragten Leitungskräfte geben sogar an, dass eine als notwendig erachtete Unterstützung häufiger (18,3%) oder oft (0,7%) nicht angemessen erfolgen konnte. Selbst klinisch besonders relevante Aspekte, wie eine regelmäßige Tubuspflge oder aber folgenlose Medikationsfehler können überwiegend nicht sichergestellt werden. Zudem schließen 73,1% Mängel in der Händehygiene nicht aus, was insbesondere im intensivmedizinischen Bereich mit hohen Risiken behaftet ist.

Hervorzuheben ist an dieser Stelle auch die Problematik der freiheitseinschränkenden Maßnahmen. Fixierungen z.B. der Hände stellen einen problematischen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Patienten dar. Bezogen auf diesen Aspekt sind es 33,5% der Befragten, die angeben, dass häufiger eine Fixierung vorgenommen werden musste, die bei einer anderen Betreuungsrelation hätte vermieden werden können. 16,8% geben hierbei sogar an, dass dies oft vorgekommen sei. In der Gesamtheit sind es 86% der Befragten, die hier selten, häufiger oder oft Probleme identifizierten.

Die Einschätzungen zur Sicherstellung von Versorgungsleistungen der Befragten stehen dabei in einem engen Zusammenhang mit der jeweiligen Betreuungsrelation auf der zugehörigen Intensivstation. Zahlreiche der Indikatoren der Versorgung werden von denjenigen Befragten negativer beurteilt, die auf Intensivstationen beschäftigt sind, in denen eine schlechtere Betreuungsquote (eine Pflegekraft ist für drei Patienten vs. eine Pflegekraft ist für zwei Patienten zuständig) vorliegt.

Ein weiterer Aspekt, der Auskunft über die Patientensicherheit gibt, ist die Frage nach Vorkommnissen auf der Intensivstation, die nach Einschätzung der Leitungen durch eine bessere Personalausstattung hätten vermieden werden können. Die Ergebnisse zeigen, dass gravierende Vorkommnisse mit Patientengefährdungen auf den Stationen

zu verzeichnen sind. Auf zwei von drei Stationen wurde demnach beobachtet, dass sich Patienten einen venösen Zugang gezogen haben (62,1%). In jeweils mehr als der Hälfte der Stationen wurde registriert, dass sich Patienten Wundverbände entfernt haben (53,3%) und dass es bei unruhigen Patienten zu Sturzereignissen aus dem Bett kam (50,5%). Als besonders schwerwiegend muss eingestuft werden, dass mehr als jede zweite Intensivstation im Jahr 2011 das Entfernen eines zentralvenösen Katheters verzeichnete (59,8%) und dass auch geblockte Blasenverweilkatheter durch die Harnröhre von Patienten entfernt wurden (56,1%). Diese Zwischenfälle sind i.d.R. mit erheblichen Folgen für die Betroffenen verbunden.

Auch die vermeidbaren Zwischenfälle hängen in der Bewertung durch die befragten Leitungskräfte von der jeweiligen Betreuungsquote auf ihren Stationen ab.

In allen Indikatoren zeigen diejenigen Stationen, auf denen weniger Personal für die Patienten zur Verfügung steht, schlechtere Werte. Dies sind deskriptive Hinweise darauf, dass die Personalausstattung einen direkten Einfluss auf die Patientensicherheit haben kann und die Risiken für die Patienten potenziell zunehmen, wenn weniger Pflegefachkräfte mehr Patienten betreuen müssen.

2.4 Tendenz zur Eigenständigkeit der Pflege

Die Pflegefachkräfte nehmen den Untersuchungsergebnissen zufolge auf den Stationen in erheblichem Maße steuernde, klinisch einschätzende und auch therapieführende Aufgaben wahr. Das steht auch im Zusammenhang mit ihrer ständigen Anwesenheit beim Patienten. So führen sie zahlreiche Leistungen eigenverantwortlich aus, die in den fachlichen Diskussionen um delegierbare Tätigkeiten immer noch dem ärztlichen Dienst zugeschrieben werden. Die Pflegefachkräfte sind sich den Aussagen nach dieser Verantwortung bewusst und nehmen sie auch an. Auf einer Skala von 1 bis 10 sollte der Grad der Eigenständigkeit eingeschätzt werden. Nur 24,3% (gültige Prozente) geben einen unteren bis mittleren Wert (5) an. Die größte Ausprägung (31,2% der gültigen Prozente) gibt den Wert 8 an.

Zu betonen ist, dass Pflegefachkräfte in großem Umfang an der Beatmungstherapie beteiligt werden und überwiegend kooperativ mit den Ärzten Entscheidungen getroffen werden und auch entsprechende Anpassungen der Beatmungsparameter vorgenommen werden.

Die Ergebnisse im Bereich der Beatmungstherapie zeigen, dass alle Aspekte der Beatmungstherapie als gemeinschaftliche und kooperative Leistungen zwischen Pflege und Medizin von den Befragten beschrieben werden. Die Anpassungen der maschinellen Beatmung (75,7%), die Bewertung der Auswirkungen auf den Patienten (77,6%), die Entscheidung über die Sedierungstiefe und zahlreiche weiterer Parameter der Geräteeinstellungen und der klinisch relevanten Entscheidungen werden von ca. drei von vier Leitungen als interdisziplinäre Leistung beschrieben. Auch die Entscheidung, wann ein Patient bereit ist, vom Beatmungsgerät abtrainiert zu werden, wird überwiegend gemeinsam getroffen (72,1%). Gleiches gilt auch für die Entscheidung, wann ein Patient extubiert wird (58,3%). Die Extubation selbst wird ebenfalls bei 52,6% der Stationen sowohl von Pflegefachkräften als auch von Ärzten durchgeführt.

Der große Verantwortungsbereich, der von den Pflegefachkräften übernommen wird, zeigt sich auch in anderen therapierelevanten Leistungen. In der Studie wurde erfragt, welche Leistungen auf der Station eigenverantwortlich und ohne vorherige Rücksprache mit einem Arzt eingeleitet und durchgeführt werden. Die Ergebnisse zeigen auf, dass in der klinischen Realität bereits eine Vielzahl an medizinischen und medizinisch relevanten pflegerischen Leistungen eigenständig durchgeführt wird.

Am geringsten ausgeprägt (29,5%) war bei den erfragten Leistungen die eigenständige Entscheidung darüber, einen Patienten in eine Bauchlage zu bringen, die sich begünstigend auf die Sauerstoffsättigung auswirken kann und von hoher therapeutischer Bedeutung ist. Pflegefachkräfte entscheiden den Studienergebnissen zu Folge selbstständig, ob und bei wem ein Blasenverweilkatheter gelegt wird (82,2%), sie geben eigenständig notwendige Laboruntersuchungen in Auftrag (86,4%) und entscheiden auch über Menge, Art und Weise und Zeitpunkte der Flüssigkeitsgabe (38,9%). Die eigenverantwortliche Übernahme der Regulierung der Insulingabe (85,8%), die kurzzeitige Regulierung von Katecholaminen oder kardiowirksamen Medikamenten (84,7%) oder der Sedierung (90,8%) bestätigen die in der klinischen Realität zu beobachtende hohe Selbstständigkeit der Pflegefachkräfte auf Intensivstationen.

Für die Übernahme dieser Leistungen ist ein profundes Hintergrundwissen sowie besondere Erfahrungen entscheidend, um auch die Folgen der Regulierung abschätzen zu können, der zukünftig auch hinsichtlich der Quotierung von entsprechend weitergebildeten und/ oder studierten Fachkräften Rechnung getragen werden sollte.

3. Hintergrund der Studie und der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen

Einführend soll in dem ersten Kapitel ein Einblick in zentrale Entwicklungen in der Krankenhauslandschaft gegeben werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind vor dem Hintergrund allgemeiner Entwicklungen zu reflektieren. Ferner soll einführend die grundsätzliche Zielsetzung und Ausrichtung der Pflege-Thermometer-Reihe vorgestellt werden, da die Studie als ein weiterer Baustein in der Entwicklung eines Berichtswesens über die Pflege verstanden werden soll.

3.1 Hinweise zur Pflege-Thermometer-Reihe

Seit nunmehr zehn Jahren werden in regelmäßigen Abständen vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Untersuchungsreihen (Pflege-Thermometer) durchgeführt und der interessierten (Fach-)Öffentlichkeit vorgestellt. Die Pflege-Thermometer-Reihe stellt einen eigenständigen Beitrag zur Diskussion über die Situation in den Pflegeberufen und die Auswirkungen zentraler Entwicklungen auf die Patientenversorgung dar. Sie ist als eine Ergänzung zu amtlichen Statistiken zu betrachten, in denen Entwicklungsdaten (Strukturdaten) aufbereitet und öffentlich zugänglich gemacht werden und um Experteneinschätzungen ergänzt werden.

Eine wesentliche Begrenzung der amtlichen Statistiken liegt in der unzureichenden Möglichkeit, aus Strukturdaten Bezüge zum Leistungsgeschehen in den Einrichtungen selbst herstellen zu können oder Folgeabschätzungen aus den Entwicklungen ableiten zu können. Sie lassen somit eine breite Interpretationsmöglichkeit zu. Im Fokus des ergänzenden Berichtswesens (Pflege-Thermometer) stehen daher Einschätzungsfragen, die die Sicht der befragten Experten vor Ort in der Pflege (z.B. Pflegedirektoren, Pflegefachkräfte) einholen und eine Interpretationshilfe hinsichtlich der zentralen Entwicklungen bieten können. Diesem Vorgehen liegt die Überlegung zugrunde, dass die Personen, die in den jeweiligen Einrichtungen arbeiten, als „Experten in eigener Sache“ zu verstehen sind.

Das Pflege-Thermometer 2012 wurde als bundesweite Befragung von leitenden Pflegefachkräften auf Intensivstationen in den Krankenhäusern konzipiert. Damit folgt das Pflege-Thermometer 2012 dem Ansatz, jeweils unterschiedliche Perspektiven wechselnd in den Fokus zu nehmen. Wurden z.B. im Jahr 2007 die Leitungskräfte der Krankenhäuser befragt (Pflegedirektionen) und in 2009 die Pflegenden in den bettenführenden Bereichen, so sind es in der vorliegenden Untersuchung die leitenden Pflegefachkräfte der Intensivstationen, die Auskunft zu zentralen Entwicklungen aus ihrer Perspektive geben sollten.

Das Pflege-Thermometer 2012 wurde mit Fördermitteln der B. Braun-Stiftung ermöglicht. Eine geschäftsmäßige Beziehung zwischen der Stiftung und dem Institut, die über die Förderung der vorliegenden Studie hinausgeht, ist nicht gegeben. Es wurde seitens der Stiftung keine Einflussnahme auf Inhalte, Vorgehensweise oder Auswertung ausgeübt.

Im Bericht und in den Grafiken wird überwiegend die männliche Schreibweise der Berufsbezeichnung (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger) oder die geschlechtsneutrale Form (z.B. Gesundheits- und Krankenpflegende) verwendet. Dies wurde ausschließ-

lich vor dem Hintergrund einer vereinfachten Beschreibung und verbesserten Lesbarkeit in den Grafiken und Tabellen entschieden und stellt keine geschlechtsspezifische Bewertung oder Bevorzugung dar.

Als Zielgruppe der Pflege-Thermometer-Reihe werden nicht nur Fachexperten aus dem Bereich der Pflege und Gesundheit angesprochen. Fachbegriffe werden entsprechend vermieden oder erläutert, da sich das Pflege-Thermometer an eine große Breite an Interessierten aus Praxis, Verbänden, Politik, Medien und Bevölkerung richtet.

3.2 Kennzahlen der Entwicklungen der allgemeinen Krankenhäuser

Im folgenden Kapitel sollen zentrale Entwicklungen im Krankenhausbereich vorgestellt werden. Die diskutierten Daten dienen der Einordnung der Studienergebnisse in den Gesamtrahmen der Krankenhausentwicklungen der vergangenen Jahre.

Die Entwicklungen in den Krankenhäusern sind in den letzten Jahren vor allem vor dem Hintergrund der Personalsituation diskutiert worden. Für den Pflegebereich bedeutet dies die verstärkte Diskussion um einen Personalabbau in der Pflege und die Diskussion um die Folgen, die aus diesen Entwicklungen resultieren^{3 4 5}. Ferner wurde die Diskussion um Konzepte der Anpassung der Leistungserbringung von Ärzten und Pflegenden intensiviert und in der Richtung verändert. Standen früher Bemühungen, die Pflege von „pflegefremden Tätigkeiten“⁶ zu entlasten im Vordergrund⁷, sind aktuell primär Konzepte in der Diskussion, die eine Entlastung der Ärzte fokussieren⁸. Zentral diskutierte Gutachten beschäftigen sich dabei mit unterschiedlichen Aspekten dieser komplexen Fragestellung sowie den damit verbundenen Begriffen der Delegation oder Substitution^{9 10 11}. In der Summe werden hier offenbar Chancen gesehen, zwei gravierende Problembereiche zugleich lösen zu können. Diese sind ein festgestellter Fachkräftemangel im ärztlichen Bereich¹² sowie ein Kostendruck im Personalbereich insgesamt, der durch eine Verlagerung von Leistungen auf niedriger entlohnte Berufsgruppen abgeschwächt werden soll.

Aktuell liegen die Daten der Krankenhausstatistik aus dem Jahr 2010 vor. Mit einer Veröffentlichung der Daten aus dem Jahr 2011 kann erst gegen Ende 2012 gerechnet werden. In der Krankenhausstatistik werden stichtagsbezogene Daten zum 31.12. des

³ Simon 2008

⁴ Isfort und Weidner 2010

⁵ Braun 2011

⁶ Bereits 1992 gab es aufgrund der Ergebnisse der 3. Landespflegekonferenz NRW ein mit 1,2 Mio. Mark gefördertes Projekt zur Modifizierung der Organisation und Entlastung der Pflege, 1995 wurden vom Gesundheitsministerium in Rheinland-Pfalz Ergebnisse eines Projektes vorgestellt, das Stationssekretärinnen und Assistenzkräfte in die Arbeit zur Entlastung Pflegenden einbezog.

⁷ Blum 2003

⁸ Verband der PflegedirektorInnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken.

⁹ Marburger Bund 2009

¹⁰ Stemmer 2008

¹¹ Bergmann 2010

¹² Rose et al. 2011

jeweiligen Jahres erhoben. Die Sammlung und Aufbereitung erfolgt über das laufende Jahr und wird erst mit Vollständigkeit des Datensatzes durch das Statistische Bundesamt veröffentlicht. Somit ergeben sich für die Berichtszeiten Verzögerungen in der Darstellung.

In der Bundesrepublik gab es im Jahr 2010 insgesamt 2.064 Krankenhäuser. Davon waren 1.758 so genannte allgemeine Krankenhäuser¹³. In einer ersten Annäherung an die Entwicklungen der letzten Jahre sollen die Kosten der Krankenhäuser beleuchtet werden. Dabei lassen sich Daten und Entwicklungslinien ab dem Jahr 2002 miteinander vergleichen.¹⁴ Insgesamt stiegen die Ausgaben für die Krankenhausbehandlungen von 54,7 Milliarden Euro im Jahr 2002 auf 68,6 Milliarden Euro im Jahr 2010 an. Dabei entfielen 65,1 Milliarden Euro (bereinigte Kosten ohne Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) auf die Kosten der allgemeinen Krankenhäuser. Die Personalkosten machen laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) mit 47,46 Milliarden Euro im Jahr 2010 den größten Anteil der Kosten im Krankenhaussektor aus (69,2%). Die nachfolgende Abbildung zeigt die Kostenentwicklungen im Personalbereich nach ausgewählten Berufsgruppen im Krankenhaus.

Die Kosten für den Pflegebereich (Pflegepersonalkosten in allgemeinen Krankenhäusern) stiegen im Zeitraum 2002 bis 2010 von 13,11 Milliarden auf 13,88 Milliarden Euro. Dies entspricht einem Ausgabenzuwachs von 5,86%. Wesentlich höher stiegen absolut und auch relativ betrachtet im selben Zeitraum die Personalkosten für den ärztlichen Dienst in den allgemeinen Krankenhäusern. Hier weist die Krankenhausstatistik einen Anstieg von 8,77 Milliarden Euro auf 13,39 Milliarden aus. Dies entspricht einem Kostenzuwachs von 52,47% oder numerisch einem gestiegenen Kostenvolumen von 4,62 Milliarden Euro. Die stark steigenden Personalkosten für den ärztlichen Dienst müssen vor dem Hintergrund einer Leistungssteigerung und einer notwendigen Anpassung an die europäischen Arbeitszeitrichtlinien und damit einer Anpassung der Personalstellen diskutiert werden. Mit steigenden Leistungen in der Diagnostik und Therapie gehen auch steigende Personalkosten im Bereich des Funktionsdienstes und der Medizinisch-technischen Dienste einher. Ebenso lassen sich steigende Kosten in der Verwaltung ausmachen. In den patientennahen Personalanteilen lässt sich somit

¹³ Vgl. <http://www.gbe-bund.de>: Nach der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes: Allgemeine Krankenhäuser sind Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten und Patientinnen vorgehalten werden. Für die Jahre 2002 bis 2004 wurden Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten zu den sonstigen Krankenhäusern gezählt.

¹⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt: „Ab 2002 werden die Kosten nach dem Bruttoprinzip ermittelt. Damit findet eine Abkehr vom Nettoprinzip der Jahre 1996 bis 2001 statt. Bei der Kostenermittlung auf Basis des Bruttoprinzips werden zunächst die gesamten Kosten der Buchhaltung ausgewiesen und erst später um die nichtstationären Kosten für z.B. Ambulanzen sowie Forschung und Lehre bereinigt. Dies gilt für jede einzelne Kostenart. Dadurch ist ein Vergleich einzelner Kostenpositionen (z.B. Sachkosten, Personalkosten) mit den Jahren 1996 bis 2001 nicht möglich. Vor 1996 galt ebenfalls das Bruttoprinzip.“ <http://gbe-bund.de>

insgesamt im Pflegebereich eine eher geringe Kostensteigerung ausmachen, während andere Bereiche eine deutlich ansteigende Tendenz verzeichnen. Vor dem Hintergrund weiter steigender Kosten im Personalbereich (bedingt durch Tarifabschlüsse der Berufsgruppen) ist zu erwarten, dass in 2011 oder spätestens 2012 erstmalig die Kosten für den ärztlichen Bereich höher sein werden als für den Pflegebereich.

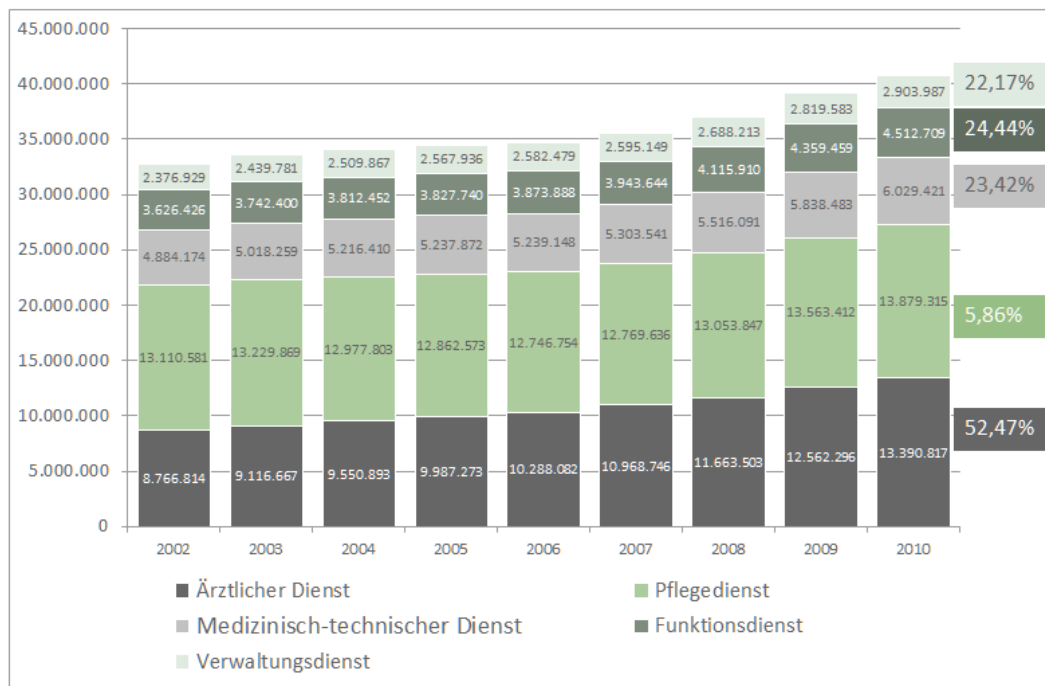


Abbildung 1: Personalkostenverteilung in allgemeinen Krankenhäusern in Tausend Euro

Die Personalkosten sind in erster Linie in Relation zu den Entwicklungen der Beschäftigtenzahlen in den allgemeinen Krankenhäusern und der Veränderung der Zahl der Patientenbehandlungen zu diskutieren. Bei der Beschäftigtenentwicklung sind primär die umgerechneten Vollkräfte von Bedeutung. Sie repräsentieren die Anzahl der Stellen für die jeweiligen Berufsgruppen. Beschäftigtenzahlen insgesamt können steigen, ohne dass es zu einem Stellenaufwuchs kommt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn eine Erhöhung der Anteile von Teilzeitbeschäftigung zu verzeichnen ist.

Das nachfolgende Diagramm weist die Entwicklungen ab dem Jahr 1995 auf (gleichgesetzt als 100%). Über den Zeitraum von 15 Jahren lassen sich längerfristige Trends erkennen und diskutieren.

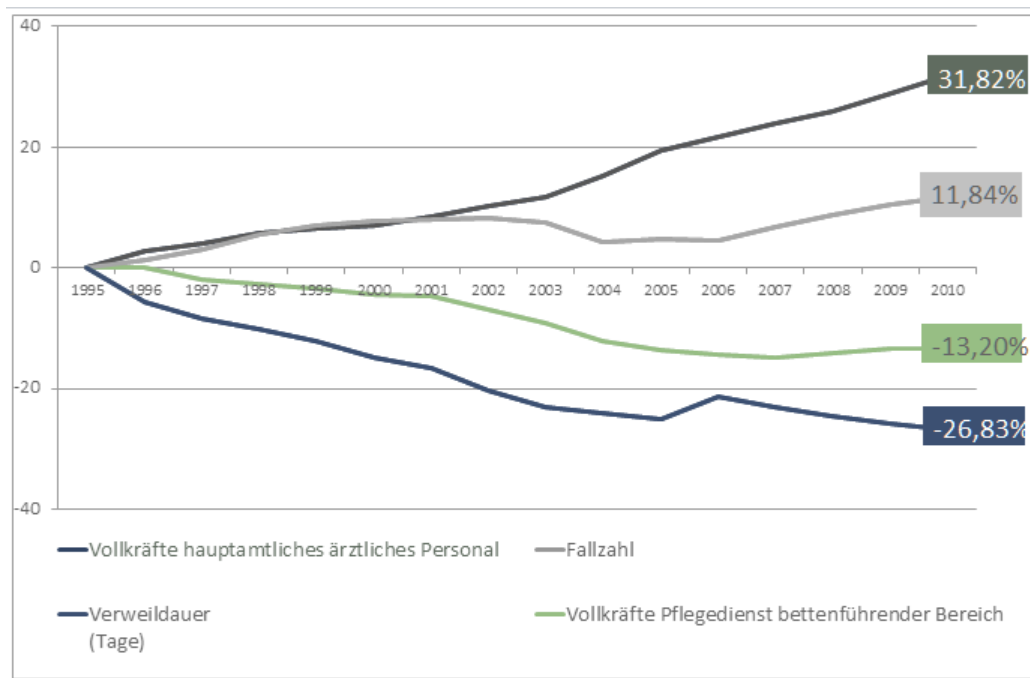


Abbildung 2: Entwicklung Vollkräfte im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern 1995 bis 2010 in Prozent

Die Fallzahl der behandelten Patienten in den allgemeinen Krankenhäusern stieg insgesamt beständig an, wobei sich zwischen 2003 und 2006 eine Reduzierung ergab, die durch den Anstieg an ambulanten Operationen zu verstehen ist. Ab 2006 jedoch stieg die Zahl der in allgemeinen Krankenhäusern behandelten Patienten an. Im Jahr 2010 wurden dort insgesamt 17.485.806 Patienten stationär behandelt. Dies sind 11,84% mehr Patienten als vor 15 Jahren. Im gleichen Zeitraum sank die durchschnittliche Verweildauer der Patienten von 10,8 auf 7,9 Tage.

Hinsichtlich der beiden zentralen Berufsgruppen, die die Behandlungen der Patienten steuern, durchführen und begleiten, lassen sich in einem hohen Maße Unterschiede in den Entwicklungen erkennen. So stieg die Anzahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst kontinuierlich und bedeutsam an (31,82%). Im Jahr 2010 wurden insgesamt 128.369 Vollkräfte für die allgemeinen Krankenhäuser ausgewiesen. Im Jahr 1995 waren es noch 97.380.

Die Anzahl der Vollkräfte für den Pflegedienst sank im gleichen Zeitraum jedoch um 13,2%. Aktuell waren im Jahr 2010, den amtlichen Statistiken zufolge, 279.337 Stellen im Pflegedienst verzeichnet. 1995 waren es 322.109. Ein Personalabbau, der vor allem bis 2006 erfolgte, scheint in den vergangenen Jahren gestoppt zu sein. Ein nennenswerter Aufbau aber ist bislang nicht zu verzeichnen.

2009 wurde durch die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt ein 17.000-Kräfte-Programm für die Pflege im Krankenhaus aufgelegt. Mit einer 10%igen Eigenbeteiligung der Einrichtungen sollten zusätzliche Mittel der Krankenkassen (rund 700 Mio. Euro) einen Aufbau an Stellen für den Pflegedienst ermöglichen. Im GKV-Bericht zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 Krankenhausentgeltgesetz für das Budgetjahr 2009 wurde beschrieben, dass im Jahr 2010 (Stand 05/2010) 742 Krankenhäuser von dem Programm Gebrauch gemacht haben sollten. Insgesamt kommt

der GKV-Spitzenverband zur Berechnung von 5.480 Stellen¹⁵. Die Wirkung dieses Programms bildet sich in der amtlichen Statistik jedoch nur geringfügig bis gar nicht ab und erreichte 2010 nicht die im Bericht ausgewiesene Zahl der vertraglich vereinbarten Stellen¹⁶. Hier sind zwischen 2008 und 2010 insgesamt nur rund 3.000 zusätzliche Stellen zu verzeichnen. Dies kann auch einer Anpassung an die Verdichtung der Patientenversorgung geschuldet sein und stellt mit weniger als 1,5 Vollzeitkräfte (Vollzeit-äquivalente) pro Krankenhaus keine substanzielle Entlastung dar, die auf einzelnen Stationen sichtbar werden könnte. Die Gesamtperspektive auf die Versorgungsbereiche zeigt demnach eine starke Spreizung zwischen den Personalentwicklungen in den Bereichen Medizin und Pflege, die insgesamt weiter voranschreitet.

3.3 Kennzahlen der Entwicklungen der Intensivbehandlung in allgemeinen Krankenhäusern

Die amtlichen Statistiken ermöglichen eine Betrachtung der Personalentwicklung im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Hinsichtlich der konkreten Situation in der Intensivpflege fehlen indes Daten. So wird nicht erhoben, wie viele Personen auf den Intensivstationen arbeiten. Insgesamt waren Ende 2010 im Pflegedienst 373.331 Personen beschäftigt. Die Krankenhausstatistik des Bundes weist 31.186 Personen mit einer Fachweiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege aus. Dabei kann nicht differenziert werden, in welchen Arbeitsbereichen die Personen tätig sind.

Allgemeine Entwicklungen aber lassen sich aufzeigen und wie folgt darstellen:

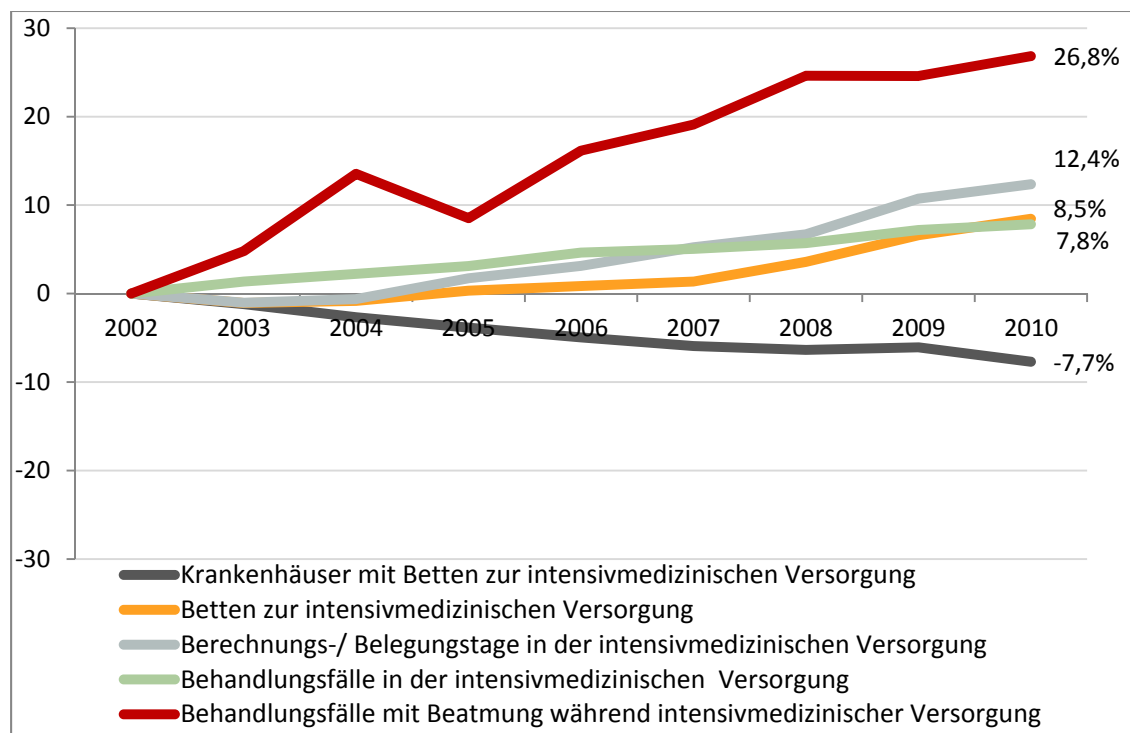


Abbildung 3: Entwicklungen in der Intensivpflege zwischen 2002 und 2010 in Prozent

¹⁵ Numata et al. 2006

¹⁶ Einschränkung muss angemerkt werden, dass die Berechnungen dieser Studie lediglich die allgemeinen Krankenhäuser betrachtet. Ein relevanter Aufbau der Stellen im Bereich der neurologischen und psychiatrischen Kliniken aber lässt ebenfalls nicht nachweisen.

Die Zahl der allgemeinen Krankenhäuser, die ausgewiesene Betten für die intensivmedizinische Versorgung vorhalten, sank zwischen 2002 und 2010 um 7,7% (von 1.351 auf 1.247). Einen Anstieg aber verzeichnen sowohl die Behandlungsfälle auf Intensivstationen (7,84%) als auch die Zahl der Betten insgesamt (8,84%). Im Jahr 2010 wurden insgesamt 2.049.888 Patienten auf Intensivstationen in den allgemeinen Krankenhäusern behandelt. Insgesamt wurden dazu 24.886 Intensivbetten vorgehalten. Im Vergleich zu 2002 wurden 148.989 Patienten mehr versorgt. Der Bettenaufbau in diesem Bereich kann für die Berichtsjahre mit 1.938 beziffert werden. Einen besonderen Zuwachs verzeichnen auch die Behandlungsfälle mit Beatmung während der intensivmedizinischen Versorgung. Insgesamt stieg die Zahl der Patienten mit Beatmung um 76.003 Patienten gegenüber dem Jahr 2002 an.

Die regionalisierte Analyse der Entwicklungen zeigt die folgenden Daten: Die Anzahl der Betten zur intensivmedizinischen Versorgung entwickelte sich in den Bundesländern zwischen 2002 und 2010 sehr unterschiedlich. In Deutschland sind zwischen 2002 und 2010 insgesamt 1.938 Intensivbetten aufgebaut worden. In Bayern ist mit einem Aufbau von 422 Betten in den allgemeinen Krankenhäusern der größte Zuwachs zu verzeichnen. Auch in Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Hessen sind dreistellige Werte beim Ausbau zu verzeichnen. Bei den Stadtstaaten ist Hamburg mit 110 zusätzlichen Intensivbetten prominent vertreten.

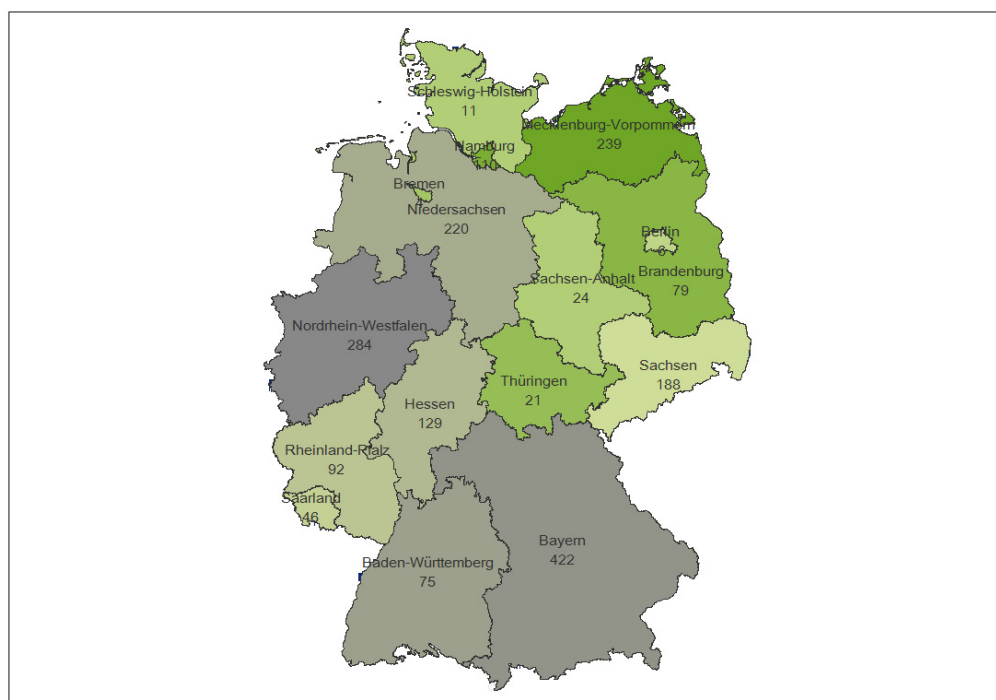


Abbildung 4: Regionalisierte Entwicklungen der Intensivbetten zwischen 2002 und 2010 in Absolutangaben

Nicht nur die Bettenzahlen insgesamt sind aufgebaut worden. Ebenso stieg die auf der Seite der „Nachfrage“ die Zahl der Berechnungstage / Belegungstage um 12,36% an (Zuwachs von insgesamt 812.812 Belegungstagen). In hohem Maße lässt sich dabei auch ein Anstieg schwerstkranker Personen ausmachen, die eine Beatmung während

des Aufenthaltes auf der Intensivstation erhielten. Hier stieg die Zahl bundesweit um 76.003 Patienten an. Das entspricht einem prozentualen Zuwachs von 26,83%.

Dabei fällt in einer regionalen Analyse auf, dass sich die Zahl der Behandlungsfälle mit Beatmung während der intensiv-medizinischen Versorgung stark unterschiedlich entwickelt hat. Während in NRW zwischen 2002 und 2010 die Zahl um 30.864 zunahm, sank sie in Berlin um 10.155, in Bayern um 5.093. Die Zahl der Beatmungen korreliert somit nicht mit der Entwicklung der Intensivbetten in den allgemeinen Krankenhäusern insgesamt.



Abbildung 5: Regionalisierte Entwicklungen der Beatmungsfälle zwischen 2002 und 2010 in Abolutangaben

4. Entwicklungen des Arbeitsmarktes für Pflegende

Die Frage nach einer hinreichenden Ausstattung der Stationen mit Personal ist gekoppelt an die Frage nach den Arbeitskräften, die zur Verfügung stehen und ggf. in die Versorgung eingebunden werden können.

Eine wichtige Kenngröße in der Diskussion um einen Fachkräftemangel in der Pflege ist die Frage nach Entwicklungen für Pflegekräfte generell auf dem Arbeitsmarkt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Sektoren übergreifende Betrachtung notwendig erscheint, denn ausgebildete Pflegefachkräfte sind gleichermaßen in Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten und teil-/ vollstationären Bereichen sowie in Rehabilitationskliniken, Arztpraxen etc. tätig.

Relevant erscheinen hier vor allem die Bereiche Krankenhaus, ambulante Dienste und teil-/ vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Daten für eine Analyse können aus den Pflegestatistiken des Bundes und aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes hinzugezogen werden. In der folgenden Grafik ist die Zahl der sozialversicherungspflichtig

Beschäftigten in den jeweiligen Berufen für die Bereiche Krankenhaus (Pflegebeschäftigte nach Berufen in Krankenhäusern insgesamt), ambulante Dienste und teil-/ vollstationäre Altenpflegeeinrichtungen zusammengeführt worden. Da die Daten der aktuellen Pflegestatistik lediglich bis zum Jahr 2009 ausgewiesen sind, kann die Zeitreihe nur bis zu diesem Zeitpunkt zusammengeführt werden.

Mit einem Wachstum seit dem Jahr 2009 ist zu rechnen, da sich u.a. durch Neugründungen im Bereich der stationären Einrichtungen und auch durch eine Ausweitung der Beschäftigung im ambulanten Pflegebereich neue Beschäftigungsbereiche ergeben haben.

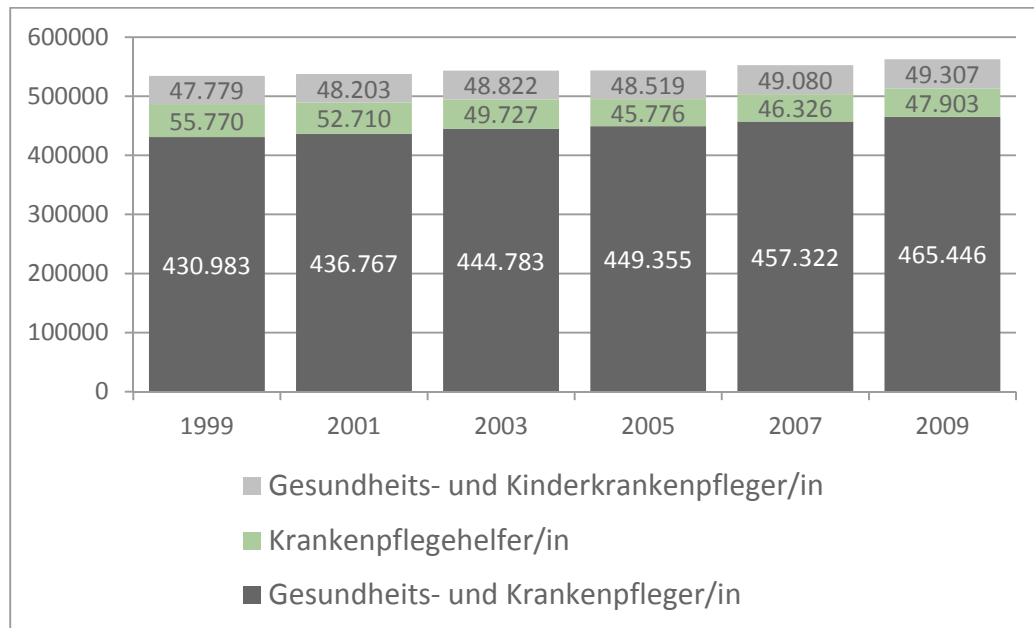


Abbildung 6: Beschäftigte in den Sektoren Krankenhaus, ambulante und teil-/ vollstationäre Pflege in Absolutangaben

In einer Sektoren übergreifenden Betrachtung ist für den Bereich der Helfer insgesamt eine Abnahme zu verzeichnen. Die Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden stieg insgesamt eher moderat an. Die Zahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden hingegen verzeichnete in einem Zeitraum von zehn Jahren einen Zuwachs um ca. 35.000 Personen.

Krankenhäuser stehen im Wettbewerb um qualifizierte (Personen)Arbeitnehmer mit anderen Einrichtungen und mit anderen Krankenhäusern (Konkurrenz zwischen den Sektoren und intern). Sie decken ihren Bedarf entweder über die in den angeschlossenen Ausbildungsstätten ausgebildeten neuen Pflegefachkräfte, werben aktiv Personen aus anderen Sektoren ab oder versuchen ihr Personal auf dem freien Arbeitsmarkt zu rekrutieren. Vor diesem Hintergrund ist die Zahl der arbeitslos gemeldeten Pflegefachkräfte bedeutsam. Die Arbeitslosenzahl ist eine Kenngröße für das Potenzial (Resource) auf dem freien Arbeitsmarkt.

Nachfolgend werden die Zahl der arbeitslos gemeldeten Pflegefachkräfte und die Zahl der als offen gemeldeten Stellen in den jeweiligen Bundesländern ausgewiesen. Als Datenbasis wurde hierfür das Berichtsheft „Arbeitsmarkt in Zahlen - Arbeitsmarktstatis-

tik“ der Bundesagentur für Arbeit verwendet. Die Datengrundlage ist der Berichtsmonat Dezember 2011.

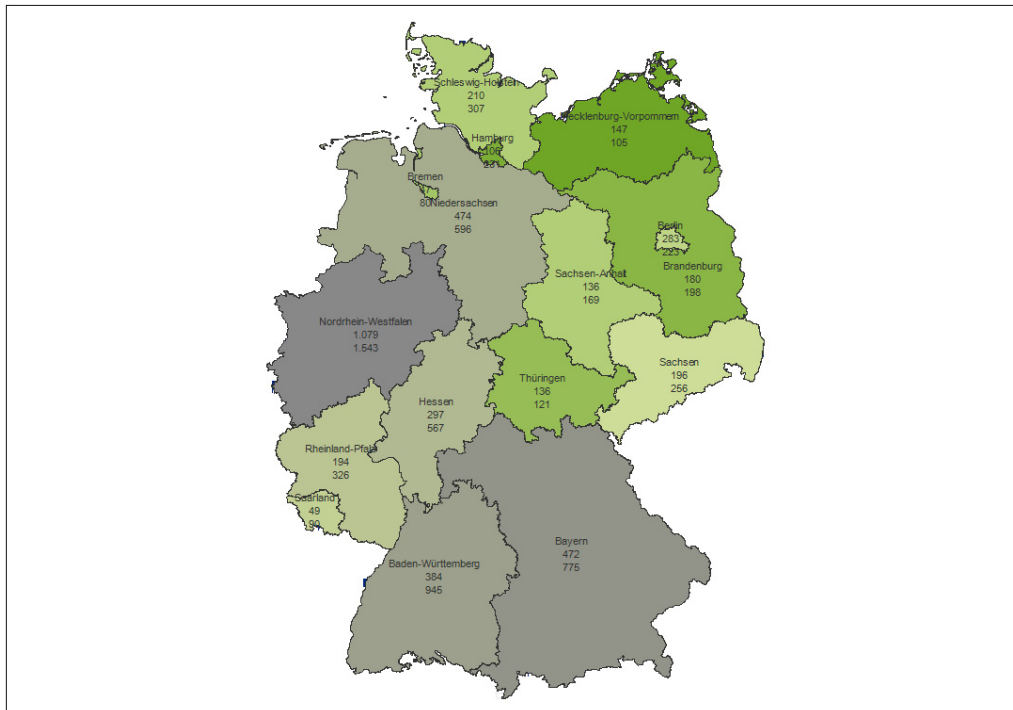


Abbildung 7: Arbeitslose / gemeldete Arbeitsstellen Krankenpflege Dezember 2011 in Absolutangaben

Die obere Kennzahl zeigt die Anzahl der als arbeitslos gemeldeten examinierten Gesundheits- und Krankenpflegenden insgesamt im Bundesland an. Die untere Zahl weist die Anzahl der bei den Arbeitsagenturen als offen gemeldeten Stellen aus.

Da nicht alle als arbeitslos geführten Personen real dem Beschäftigungsfeld zur Verfügung stehen und nicht alle Einrichtungen ihre offenen Stellen bei der Arbeitsagentur melden, muss davon ausgegangen werden, dass die Potenziale geringer ausfallen als abgebildet und die Zahl der offenen Stellen in der Praxis höher ausfällt, als hier ausgewiesen werden kann.

Zu sehen ist bei dieser Gegenüberstellung, dass lediglich in Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Berlin die Zahl der offen gemeldeten Stellen geringfügig unterhalb der Zahl der als arbeitslos gemeldeten Personen liegt. Bundesweit wird die Zahl der als arbeitslos gemeldeten Pflegefachkräfte für den Dezember 2011 mit 4.390 angegeben. Vor dem Hintergrund der 465.446 Beschäftigten aus dem Jahr 2009 (bei steigender Tendenz über die Jahre) kann dies als geringfügig betrachtet werden und ist Ausdruck eines realen Fachkräftemangels in der Pflege. In der Arbeitslosenstatistik sind für den Dezember 2001 bundesweit lediglich 429 arbeitslos gemeldete Säuglings- und Kinderkrankenschwestern ausgewiesen. Betrachtet man weitere spezialisierte Bereiche, so finden sich bundesweit für den Berichtszeitraum Dezember 2011 lediglich 53 arbeitslos gemeldete Anästhesieschwestern, -pfleger¹⁷, denen 277 gemeldete Ar-

¹⁷ Die Berufsbezeichnung wird hier wie in der ausgewiesenen Statistik beschrieben verwendet. Ab Januar 2012 werden die Statistiken nach der neuen Klassifizierung der Berufe (KldB 2010) benannt.

beitsstellen gegenüberstehen. Bezogen auf rekrutierbare Pflegefachkräfte ist keine nennenswerte Ressource auf dem freien Arbeitsmarkt vorhanden.

5. Einführung: Pflege-Thermometer 2012

Im folgenden Kapitel werden zentrale Hinweise zur Methodik, zum Ablauf und zur Stichprobe des Pflege-Thermometers 2012 gegeben. Das Pflege-Thermometer selbst ist eine deskriptive Studie. Es bietet den Ausblick auf Einschätzungen aus der Perspektive der Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung. Die befragten Personen werden dabei als Experten vor Ort betrachtet, deren Einschätzungen von zentraler Bedeutung sind, um Entwicklungen aufzeigen zu können. Als Zielgruppe für die Untersuchung im Jahr 2011 wurden die Leitungskräfte von Intensivstationen ausgewählt. Dabei wurde angenommen, dass die Leitungen Aussagen zur Personalbesetzung, zu freien Stellen etc. auf ihren eigenen Stationen vornehmen können. Ferner wurde angenommen, dass am ehesten die Leitungen einen Gesamtüberblick über qualitätsbezogene Aspekte in einem systematisierten Überblick für ihre Stationen haben. Indikatoren und Kennzahlen, die aus weiterführenden Erhebungen hätten ermittelt werden müssen (z.B. aus dem KIS-System), wurden nicht erhoben, um die Bearbeitung praktikabel zu halten.

Die Beantwortung der Fragen sollte mit einem Arbeitsaufwand von 20 bis 30 Minuten ermöglicht werden ohne, dass eine dezidierte Recherche durch die Leitungen vorgenommen werden musste. Vor diesem Hintergrund müssen die vorliegenden Daten als Einschätzungen diskutiert werden und haben qualitativen Charakter.

5.1 Fragebogenkonstruktion

Dem Pflege-Thermometer 2012 wurde eine mehrmonatige Phase des Netzwerkaufbaus mit Unterstützern und der Konstruktion der zentralen Fragen vorgeschaltet. Die Fragen selbst wurden auf der Basis der Sichtung einschlägiger Literatur (überwiegend deutschsprachige Fachartikel) und vor dem Hintergrund diskutierter Themen auf Tagungen entwickelt. Ferner ergaben sich spezifische Fragestellungen aufgrund von wissenschaftlichen Qualifizierungsarbeiten an der Katholischen Hochschule KathO NRW im Bereich der Intensivpflege. Eine systematische Literaturrecherche mit begrenzten Suchbegriffen wurde nicht durchgeführt. Ziel der im Rahmen der Vorbereitung durchgeführten Literatursichtung war vielmehr, die für die Studie zentral erscheinenden Themen in der Breite und nicht in der Tiefe zu identifizieren. Die Literaturhinweise dienen der Rückkopplung der Daten in der Studie an die Diskussionen im nationalen oder internationalen Raum. Vorerfahrungen aus bisherigen Pflege-Thermometern und bereits entwickelte und erprobte Fragenkomplexe wurden ebenso in die Konstruktion mit einbezogen und eingesetzt.

Der Fragebogen umfasste sechs doppelseitig bedruckte Seiten mit einem erläuternden Anschreiben und insgesamt 38 Fragen bzw. Fragekomplexen. Insgesamt wurden ca. 230 codierte Variablen erhoben. Der Fragebogen wurde institutsintern in drei Runden entwickelt, gesichtet und abgestimmt. Nach der Vorkonstruktion wurde er an ausgewählte Experten aus dem Feld gesendet, um Rückmeldungen zu den Fragen, zur Vollständigkeit der Themen und zur Verständlichkeit zu bekommen. Ferner sollte der Bearbeitungsaufwand abgeschätzt werden. Als Experten ausgesucht wurden zwei Vertreter von Verbänden mit der entsprechenden fachspezifischen Ausrichtung. Ferner wur-

de der Bogen zwei Leitungen (PDLs / Abteilungsleitung für den Intensivbereich) zugesendet. Diese diskutierten den Bogen mit ausgewählten Leitungskräften von Intensivstationen ihrer Einrichtung. Ein weiterer Experte aus dem Bereich der Qualitätsindikatorenmessung konnte für eine Sichtung gewonnen werden. Aus den Eingaben und Anregungen ergaben sich an unterschiedlichen Stellen im Fragebogen Änderungen (hinsichtlich verwendeter Begriffe, Formen der Erfassung [Einfach- oder Mehrfachantworten]). Die Änderungen wurden aufgenommen und abschließend der Fragebogen fertiggestellt. Der Fragebogen wurde als überwiegend geschlossener Fragebogen konstruiert. Es wurden Bewertungen in Form von Likert-Skalen und in Form von Schulnoten vorgenommen. Einzelne Kennzahlen (z.B. Anzahl der offenen Stellen und der Mitarbeiter) mussten handschriftlich angegeben werden. In Abstimmung mit der Veröffentlichung des Starts der Befragung auf Tagungen und Kongressen und nach Rücksprache mit kooperierenden Verbänden wurde der Fragebogen nach der Sommerpause im September 2011 versendet. Der Bearbeitungszeitraum im Feld erstreckte sich von Oktober 2011 bis Ende Dezember 2011. Fragebögen, die danach zugesendet wurden, konnten nicht mehr in die Auswertung einbezogen werden.

5.2 Stichprobenbeschreibung und Rücklauf

Eine verlässliche Beschreibung der Grundgesamtheit von Intensivstationen in Deutschland liegt nicht vor und kann lediglich annähernd geschätzt werden. Die Anzahl der Intensivstationen wird in der amtlichen Krankenhausstatistik des Bundes nicht explizit geführt. Ausgewiesen werden hier lediglich die als intensivtherapeutisch geführten Betten.

Im Krankenhausadressverzeichnis konnten insgesamt (interdisziplinär, konservativ und operativ) nach Bereinigung von doppelten Adressen 1.077 Krankenhäuser mit Intensivstationen identifiziert werden. Da es in unterschiedlichen Kliniken mehrere Intensivstationen gibt (z.B. in Universitätskliniken), wurden die Pflegedienstleitungen der identifizierten Kliniken angeschrieben und je zwei Fragebögen mit der Bitte um Weiterleitung an die leitenden Pflegefachkräfte beigelegt. In der Summe wurden demnach postalisch 2.144 Fragebögen ins Feld gegeben. Weitere Fragebögen konnten auf Wunsch und Nachfrage beim Institut angefordert werden. Ein Download der Fragebögen auf der Internetseite des Instituts wurde nicht ermöglicht, da die Kontrolle über die zu erreichende Zielgruppe und die Streuung des Fragebogenversands erhalten bleiben sollte. Flankierend wurde eine Pressemitteilung veröffentlicht. Ferner wurden unterschiedliche Berufsverbände und Vereinigungen um Unterstützung gebeten und veröffentlichten Hinweise zur Studie in den verbandsinternen Newslettern und Zeitschriften. Darüber hinaus wurde der Studienbeginn auf zwei Fachkongressen und drei weiteren großen Tagungen im Rahmen von Vorträgen vorgestellt, um die entsprechenden Personen in der Praxis vorzubereiten.

Die Beteiligung an der Studie war sehr groß. Bis zum Stichtag (Ende 2011) wurden 552 auswertbare Fragebögen eingesandt. Sechs der Fragebögen bezogen sich nach einer Analyse erster deskriptiver Ergebnisse über zentrale Charakteristika der Ausstattung auf andere Versorgungsbereiche (IMC - intermediate Care). Sie wurden in der Folge für die Gesamtauswertung ausgeschlossen. Weitere 11 Fragebögen wurden ausgeschlossen, da sie in Teilen oder vollständig in doppelter Form eingeschickt wurden.

535 auswertbare Fragebögen von Leitenden auf Intensivstationen konnten nach abschließenden Plausibilitätstests und Datenbereinigungen in die Studie einbezogen werden. Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht die Rückläufe aus den jeweiligen Bundesländern in der Stichprobe.

Bundesland		Anzahl Antwortende	Anteile in Prozent
	Baden-Württemberg	59	11,0%
	Bayern	92	17,2%
	Berlin	16	3,0%
	Brandenburg	10	1,9%
	Bremen	12	2,2%
	Hamburg	7	1,3%
	Hessen	39	7,3%
	Mecklenburg-Vorpommern	2	0,4%
	Niedersachsen	42	7,9%
	Nordrhein-Westfalen	141	26,4%
	Rheinland-Pfalz	35	6,5%
	Saarland	20	3,7%
	Sachsen	18	3,4%
	Sachsen-Anhalt	15	2,8%
	Schleswig-Holstein	15	2,8%
	Thüringen	11	2,1%
Fehlend	System	1	0,2%
Gesamt		534	100,0%

Tabelle 1: Rücklauf nach Bundesländern in Absolutangaben und Prozent

Im Wesentlichen lässt sich festhalten, dass der Rücklauf insbesondere aus den neuen Bundesländern deutlich geringer ausfiel als aus den alten Bundesländern. Die regionale Verteilung auf Basis angegebener Postleitzahlen (N=507) verdeutlicht die unterschiedlichen Rückläufe. Da aus einzelnen Krankenhäusern mehrere Intensivstationen beteiligt waren, ist die Absolutzahl der Einrichtungen geringer. Ferner haben einzelne Krankenhäuser die Postleitzahlen nicht angegeben.

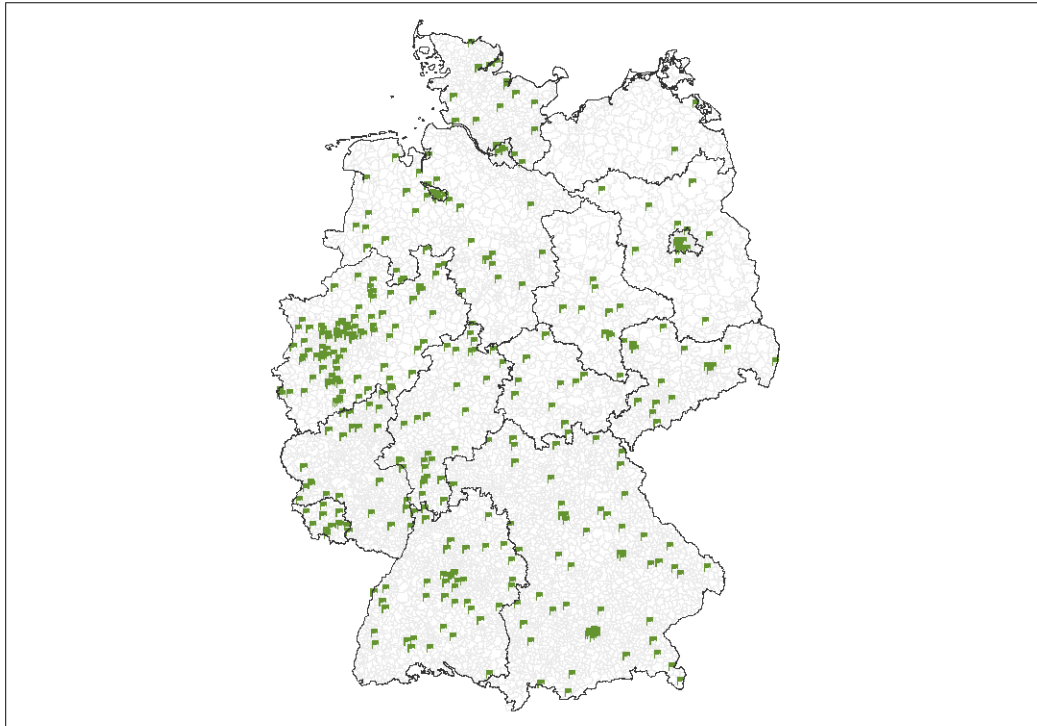


Abbildung 8: Regionalisierte Verteilung der antwortenden Einrichtungen

Da für die Grundgesamtheit (Vollerhebung) stabile Angaben fehlen und eine Gegenüberstellung der Verteilung der Einrichtungen mit amtlichen Daten nicht durchgeführt werden kann, kann eine Testung auf Repräsentativität bezüglich zentraler Merkmale (Krankenhausgröße / Abteilungsgröße / Anzahl der Mitarbeiter / Bundeslandverteilung) nicht erfolgen. Daher wird in dieser Studie von einer Gelegenheitsstichprobe gesprochen. Vor dem Hintergrund der großen Stichprobe kann jedoch von einer breiten Einschätzungsbasis ausgegangen werden.

Die Stichprobe vereint Aussagen über insgesamt 6.833 Intensivbettenplätze in Deutschland. In der Krankenhausstatistik des Bundes sind für die Intensivpflege 24.886 Betten ausgewiesen. Das entspricht einem Anteil von 27,5% und zeigt, dass ein relevanter Anteil erreicht werden konnte.

Im Krankenhausbarometer 2011 geht das Deutsche Krankenhausinstitut auf Basis der eigenen Erhebungen von ca. 26.600 Intensivbetten aus. Die Zahl der Pflegefachkräfte wird auf ca. 63.000 geschätzt. In umgerechneten Stellen ergeben sich ca. 47.000 Stellen für Pflegefachkräfte auf bundesdeutschen Intensivstationen¹⁸.

5.3 Aufbereitung und Auswertung der Daten

Der Fragebogen wurde mittels TeleForm 10.0 in einen automatisiert einlesbaren Fragebogen überführt. Es erfolgte der Aufbau einer Datenmatrix mittels SPSS 20.0 und ein Codeplan wurde erstellt. Die grafische Aufbereitung der Daten erfolgte mittels Microsoft Excel 2010. Die eingelesenen Fragebögen wurden einzeln verifiziert und kontrolliert. Es erfolgten Plausibilitätsprüfungen zu einzelnen Eingaben (z.B. Angaben

¹⁸ Janßen et al. 2011

zur Bettenzahl der Station / Anzahl der Beschäftigten / Anzahl offener Stellen etc.). Eine automatisierte Datentrimmung erfolgte nicht. In Fällen uneindeutiger handschriftlicher Daten oder unplausibler Eingaben (z.B. höherer Anzahl offener Stellen versus Anzahl der arbeitenden Personen insgesamt etc.) wurden die Angaben als fehlend gewertet und aus den Berechnungen herausgenommen. Der Umgang mit unplausiblen Daten wird in den entsprechenden Auswertungen beschrieben und näher erläutert. Die Datenaufbereitung, Datentestung und Auswertung erfolgte über den Zeitraum Januar 2012 bis März 2012.

Die Auswertungen erfolgten überwiegend rein deskriptiv. Subgruppenanalysen wurden auf der Basis der Gegenüberstellung von prozentualen Werten vorgenommen und in Einzelfällen wurden Kreuztabellen zur Analyse herangezogen. Auf weiterführende statistische Berechnungsverfahren wurde weitestgehend verzichtet, da die Antworten der zentralen Bewertungen und Einschätzungen überwiegend Ordinalskalenniveau aufweisen. Lediglich ausgewählte Aspekte der freien Beantwortung (Anzahl der Betten etc.) entsprechen Intervallskalenniveau. Hier werden u.a. auch Mittelwerte ausgewiesen und einzelne Tests durchgeführt.

Sofern nicht anders ausgewiesen, werden in den Diagrammen die Grunddaten aller Antworten mit einbezogen und nicht die gültigen Prozentwerte verwendet (Prozentwerte der antwortenden Personen). Fehlende Werte werden benannt. In den Grafiken werden Daten unterhalb einer 5%-Grenze nicht beschriftet, da Überlappungen der Beschriftungen der Kategorien vermieden werden sollen.

6. Angaben zu den Einrichtungen und den Antwortenden

Zunächst erfolgt eine Stichprobenbeschreibung auf Basis der allgemeinen ermittelten Grunddaten in der Befragung. Diese beinhaltet die nähere Betrachtung der Grunddaten der Krankenhäuser, der teilnehmenden Stationen sowie die Grunddaten der antwortenden Personen.

6.1 Merkmale der Krankenhäuser

Mehr als die Hälfte der Einrichtungen in der Befragung sind öffentliche Einrichtungen. Dazu gehören Krankenhäuser der Kommunen, des Landes oder des Bundes (z.B. Bundeswehrkrankenhaus). Mehr als jede dritte Einrichtung ist den freigemeinnützigen Trägern zuzuordnen. Hierzu zählen vor allem die kirchlich getragenen Krankenhäuser oder die großer Wohlfahrtsverbände (z.B. DRK).

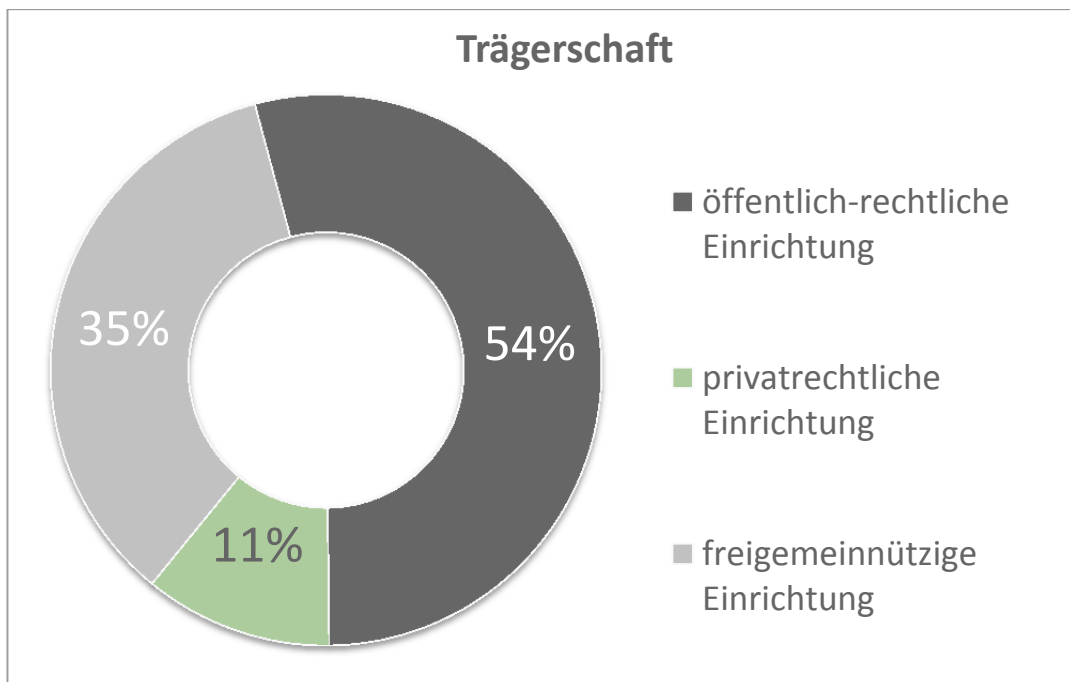


Abbildung 9: Krankenhäuser nach Trägerschaft (N=515 / gültige Prozente)

Die privaten Krankenhäuser machen in der Befragung mit 11% der gültigen Prozente einen eher geringen Anteil aus. Im Vergleich zur Verteilung der Krankenhäuser in der Bundesrepublik sind sie in der Studie unterrepräsentiert. 2010 waren, Angaben der Krankenhausstatistik zufolge, 32,9% der Krankenhäuser in privater Trägerschaft.

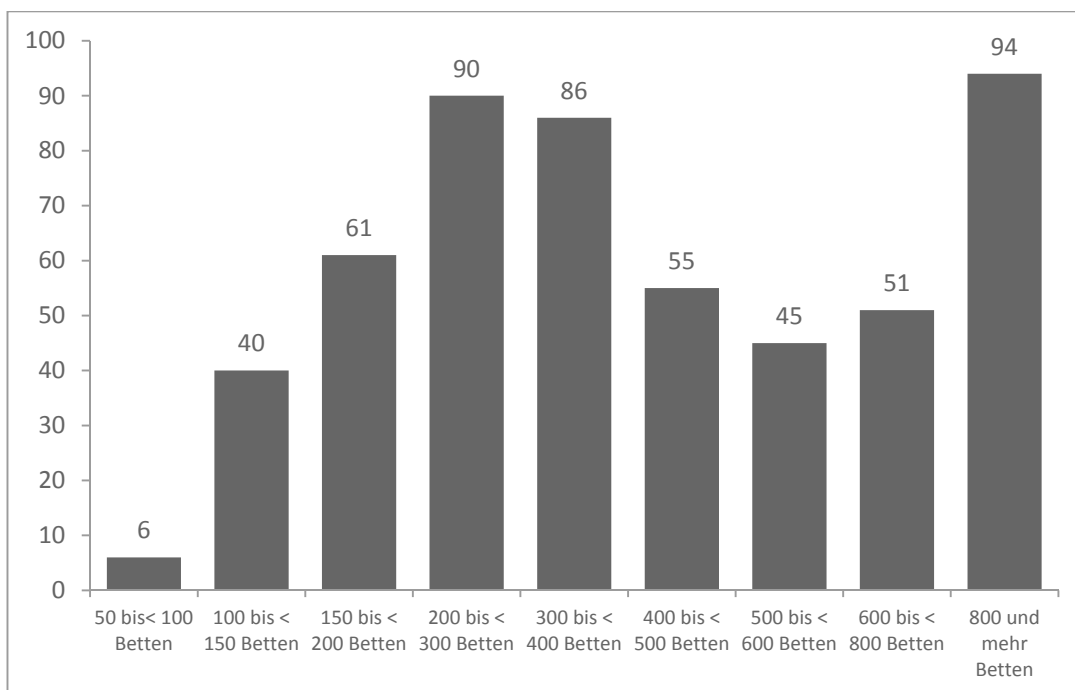


Abbildung 10: Verteilung nach Bettenklassen in Absolutangaben

Die Verteilung nach Bettenklassengrößen (N=528) zeigt, dass der größte Bereich der Antworten aus den mittleren und großen Krankenhäusern kommt. Hervorzuheben ist auch die große Anzahl an Intensivstationen aus Einrichtungen mit 800 und mehr Bet-

ten. Dies sind in aller Regel Einrichtungen der Maximalversorgung, wie z.B. Universitätskliniken.

Anzahl aller Intensivstationen im Krankenhaus		Häufigkeit	Prozent
Gültig	1	274	51,2%
	2	96	17,9%
	3	64	12,0%
	4	22	4,1%
	5	9	1,7%
	6	20	3,7%
	7	9	1,7%
	8	11	2,1%
	9	7	1,3%
	10	2	0,4%
	11	3	0,6%
	12	2	0,4%
	13	1	0,2%
Fehlend	System	15	2,7%
Gesamt		520	100,0%

Tabelle 2: Anzahl der Intensivstation in den Krankenhäusern in Absolutangaben und Prozent

In über der Hälfte der antwortenden Krankenhäuser (N=520) gibt es keine weitere Intensivstation. Legt man die kumulierten Prozentwerte zugrunde, so zeigt sich, dass in ca. 80% der Krankenhäuser eine bis drei Intensivstationen zu finden sind. Nur in den großen Zentren gibt es vier oder mehr Stationen mit ausgewiesenen Intensivbetten.

6.2 Merkmale der Intensivstationen

Die Größe der jeweiligen Station schwankt stark. Dies ist vor dem Hintergrund der Zusammenlegung von einzelnen Intensivstationen zu großen Intensivabteilungen mit einer Leitung zu verstehen. Die kleinste teilnehmende ICU weist lediglich 4 Betten aus, die größte Abteilung insgesamt 80 Betten. Der häufigste genannte Wert liegt bei 8 Betten, der Durchschnitt (arithmetisches Mittel) liegt bei ca. 12,84 Betten.

Über welche Bettenkapazität verfügt Ihre ICU aktuell (Anzahl aller Bettenplätze auf der Station)		
N	Gültig	532
	Fehlend	3
Mittelwert		12,84
Median		12,00
Modus		8
Minimum		4
Maximum		80
Summe		6.833

Tabelle 3: Bettenanzahl auf der Intensivstation

Das Histogramm zeigt die differenzierte Verteilung der Anzahl der Bettplätze der antwortenden Intensivstationen (N=532).

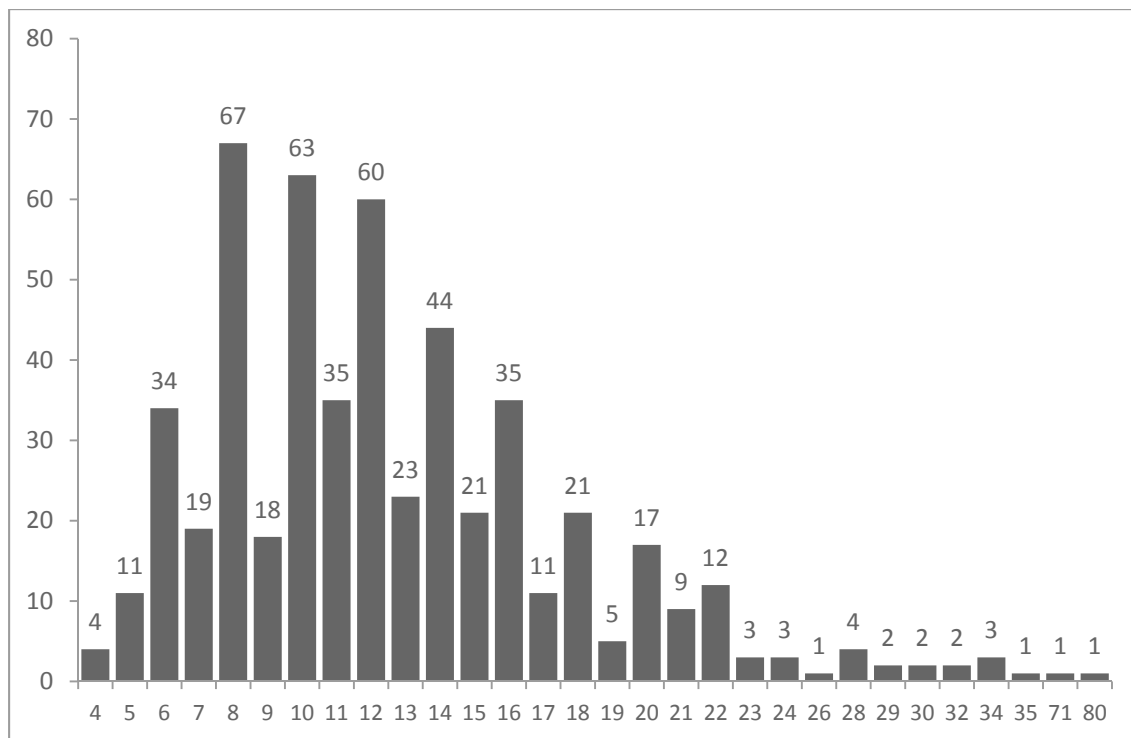


Abbildung 11: Verteilung nach Anzahl der Bettplätze auf der Station in Absolutangaben (N=532)

Im Durchschnitt wiesen die Stationen 8,64 Beatmungsgeräte für eine invasive Beatmung aus. Der Median liegt dabei bei 7, der häufigste Wert ist 4. In der Summe verfügten die Stationen über 4.392 Beatmungsgeräte. Bezieht man in eine Relationsberechnung nur die Stationen ein, die zu den Aspekten Bettplätze und Anzahl der Beatmungsgeräte für invasive Beatmung Angaben machten (N=512), so ergibt sich eine Relation von 0,67 Beatmungsgeräte pro Intensivbettplatz. Dies kann als ein Hinweis zum Technisierungsgrad der Stationen verstanden werden.

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) hat in den Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen unterschiedliche Grade der Ausstattung beschrieben, die den Einschätzungen der Expertenkommission zwingend erforderlich zur Grundstruktur und Grundausstattung gehören oder aber auch fachspezifisch erforderlich erscheinen¹⁹. In den Empfehlungen wird ausgeführt, dass die Anzahl der Beatmungsgeräte für eine invasive Beatmung der Anzahl der Intensivbettplätze entsprechen soll. Dies ist offensichtlich nicht vollumfänglich der Fall, wie die oben beschriebene Analyse aufzeigt.

Zu den zwingend erforderlichen Ausstattungen an jedem Bettplatz gehören den Empfehlungen zufolge auch: Monitoring, Beatmungsmöglichkeit, O₂-Insufflation, Pulsoxymetrie, nicht invasive Blutdruckmessung, invasive Blutdruckmessung, Absaugpumpen, Temperaturerfassung über 2 Kanäle, Rufanlage u.a.

Die folgende Grafik zeigt die Anzahl der Nennungen zu einzelnen Aspekten der technischen Ausstattung der Intensivstationen auf. Bezüglich der Ausstattung wurden jedoch nicht exakt die Kriterien der Empfehlung abgefragt. Vielmehr sollte auch ermittelt

¹⁹ Deutsches Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) 2011

werden, welche umfangreicheren technischen Geräte und diagnostischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

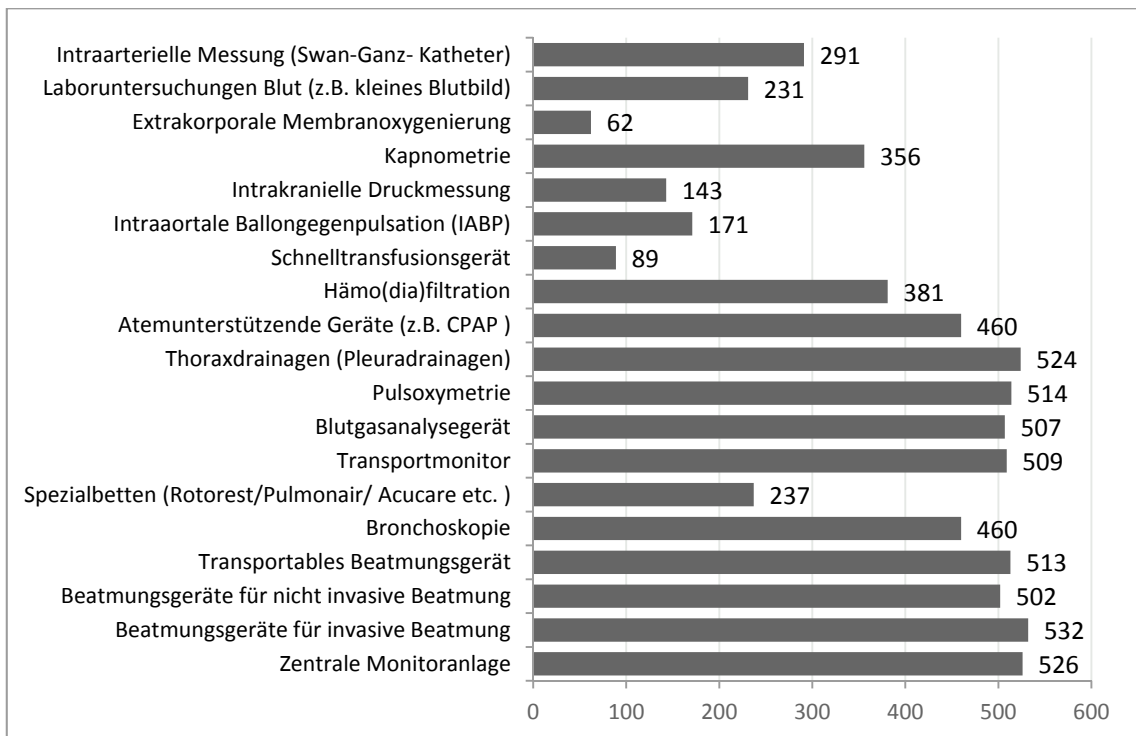


Abbildung 12: Technische Ausstattung in Absolutangaben

Die Unterschiede zwischen den invasiven Beatmungsgeräten und dem Vorhandensein eines transportablen Beatmungsgerätes z.B. deuten darauf hin, dass nicht alle Intensivstationen den Kriterien zufolge gut ausgestattet sind. Gleiches gilt auch für andere Aspekte, wie z.B. für die Ausstattung mit einem Blutgasanalysegerät oder aber einem Bronchoskop. Dies sind geforderte Ausstattungen, die auf der Station vorgehalten werden sollen und schnell an jedem Bettplatz einsatzbereit sind. Hier bedarf es einer vertiefenden Diskussion um die Ausstattung der Stationen.

Hinsichtlich der Fachdisziplin und Ausrichtung der Intensivstationen zeigt die nachfolgende Grafik (N=464), dass es sich überwiegend um anästhesiologisch geführte Intensivstationen und um konservative Intensivstationen handelt. Eine konkrete Zuordnung in der Praxis gestaltet sich problematisch, da zahlreiche Stationen anästhesiologisch geleitet werden, die betreuenden Ärzte aber aus den jeweiligen Disziplinen (z.B. Chirurgie oder Innere) kommen und die Patientenvisiten interdisziplinär durchgeführt werden.

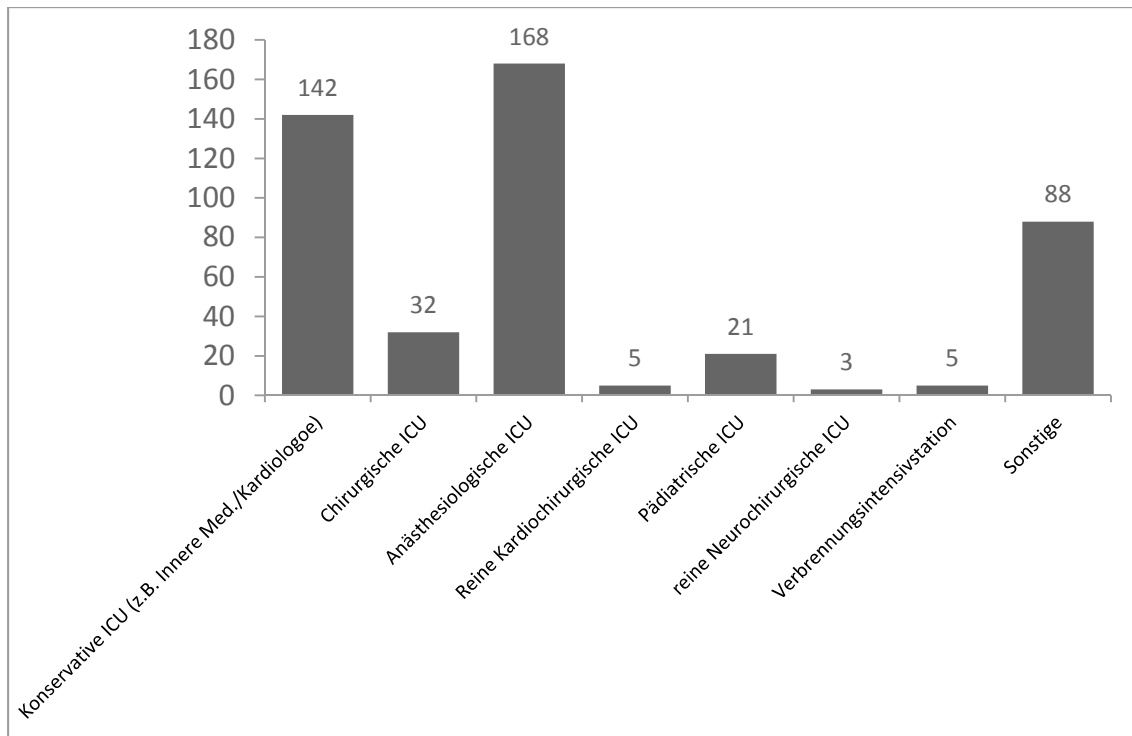


Abbildung 13: Verteilung nach Fachdisziplinen in Absolutangaben

Unter der Kategorie „Sonstige“ sind vor allem interdisziplinäre Intensivstationen subsummiert.

6.3 Merkmale der antwortenden Leitungskräfte der Intensivstationen

Von den befragten Leitungskräften sind 47,3% weiblich, 51,8% männlich. Für fünf Leitungen fehlen die Angaben zum Geschlecht.

Hinsichtlich der Altersverteilung (N=529) zeigt sich, dass der größte Anteil der Leitungen auf die Altersklasse 41-50 Jahre entfällt. Die Altersgruppen 31-40 Jahre und 51-55 Jahre machen einen ähnlichen großen Anteil aus (18,3% / 19,8%). Nur 7,4% der Befragten sind 56 Jahre oder älter.

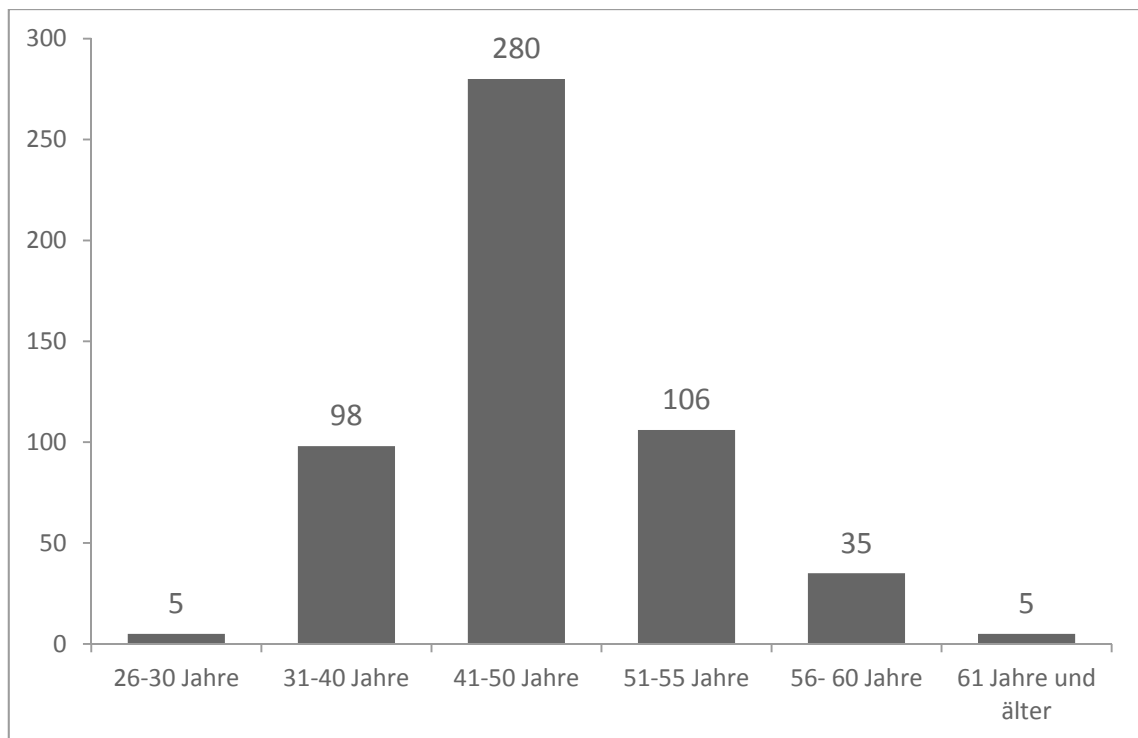


Abbildung 14: Antwortende nach Altersklassen

In der Diskussion um einen Fachkräftemangel in der Pflege und die Belastungen im Beruf wird häufig die Frage nach der Dauer im Beruf gestellt (Berufsverbleib). Hinsichtlich der Leitungskräfte der Intensivstationen weisen die nachfolgenden Daten aus, dass es sich meist um Personen mit einer langjährigen Berufserfahrung handelt.

Wie viele Jahre sind Sie seit dem Berufsabschluss in der Pflege tätig ?		
N	gültig	529
	fehlend	6
Mittelwert		24,63
Modus		25
Minimum		5
Maximum		49
Perzentile	25%	20,0
	50%	25,0
	75%	30,0

Tabelle 4: Jahre der Tätigkeit in der Pflege nach dem Berufsabschluss

Der durchschnittliche Wert der Berufstätigkeit in der Pflege liegt bei 24,63 Jahren, die höchste angegebene Dauer im Beruf liegt bei 49 Jahren. Der häufigste angegebene Wert ist 25 Jahre.

Vor diesem Hintergrund kann zumindest für die Gruppe der Leitungen der Intensivstationen ausgeschlossen werden, dass sie nur kurz im Beruf tätig sind. Das nachfolgende Histogramm zeigt die Verweildauer im Beruf in der konkreten Verteilung.

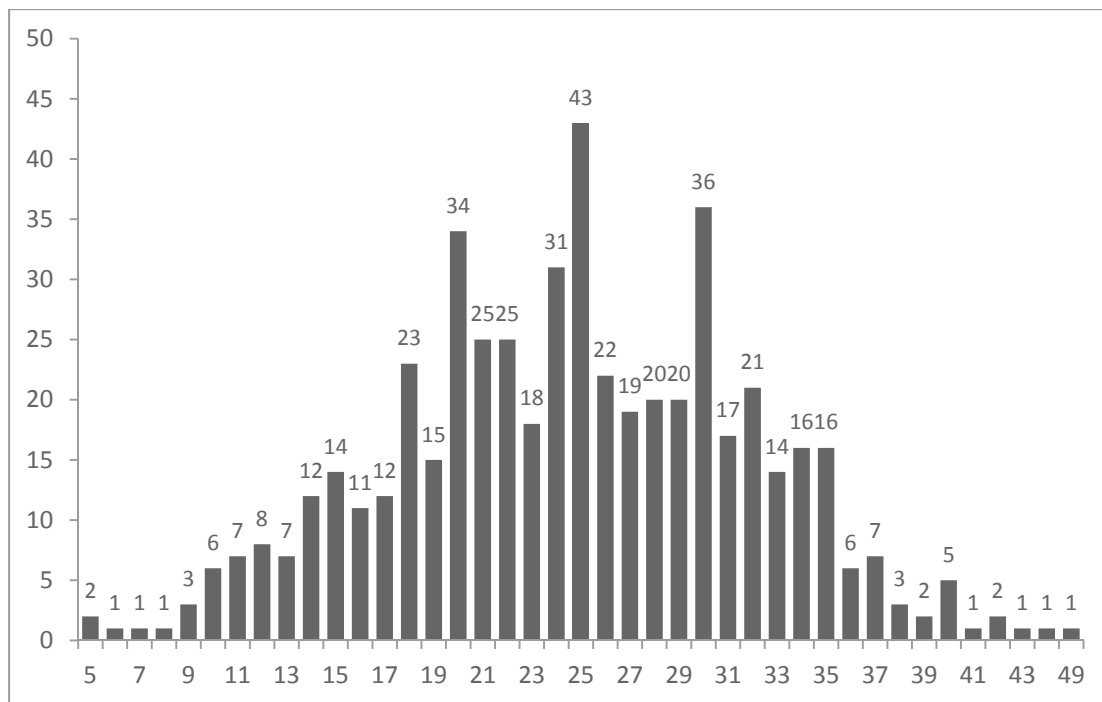


Abbildung 15: Antwortende nach Jahren der Tätigkeit in der Pflege in Absolutangaben

Ähnlich hohe Werte zeigen auch die Angaben zur Berufstätigkeit in der Intensivpflege. Hier liegt die durchschnittliche Dauer bei 20,95 Jahren. Die Spannweite reicht dabei von zwei Jahren bis zu 42 Jahren.

In der Leitung tätig sind die befragten Pflegefachkräfte im Durchschnitt seit 11 Jahren tätig. 25% der Befragten sind seit bis zu vier Jahren leitende Pflegefachkräfte, 50% bis zu zehn Jahren. Auch hier ist eine große Spannweite zu beobachten (neue Übernahme der Leitung bis hin zu 38 Jahren Leitungserfahrung).

Wie viele Jahre sind Sie in der Leitung der Intensivstation/Abteilung tätig ?		
N	gültig	517
	fehlend	18
Mittelwert		11,03
Modus		1
Perzentile	25%	4,0
	50%	10,0
	75%	16,0

Tabelle 5: Jahre der Tätigkeit in der Leitung einer Intensivstation

72,5% der antwortenden Leitungskräfte (N=517) hatte keine Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit in der Pflege. Es ist jedoch zugleich ein hoher Anteil an Personen zu verzeichnen, die nicht antworteten (insgesamt 139, die zur Frage nach Auszeiten keine Angaben vornahmen). Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Leitungen zu einem hohen Anteil um langjährig erfahrene Pflegefachkräfte handelt, die überwiegend durchgehend in der Pflege tätig waren.

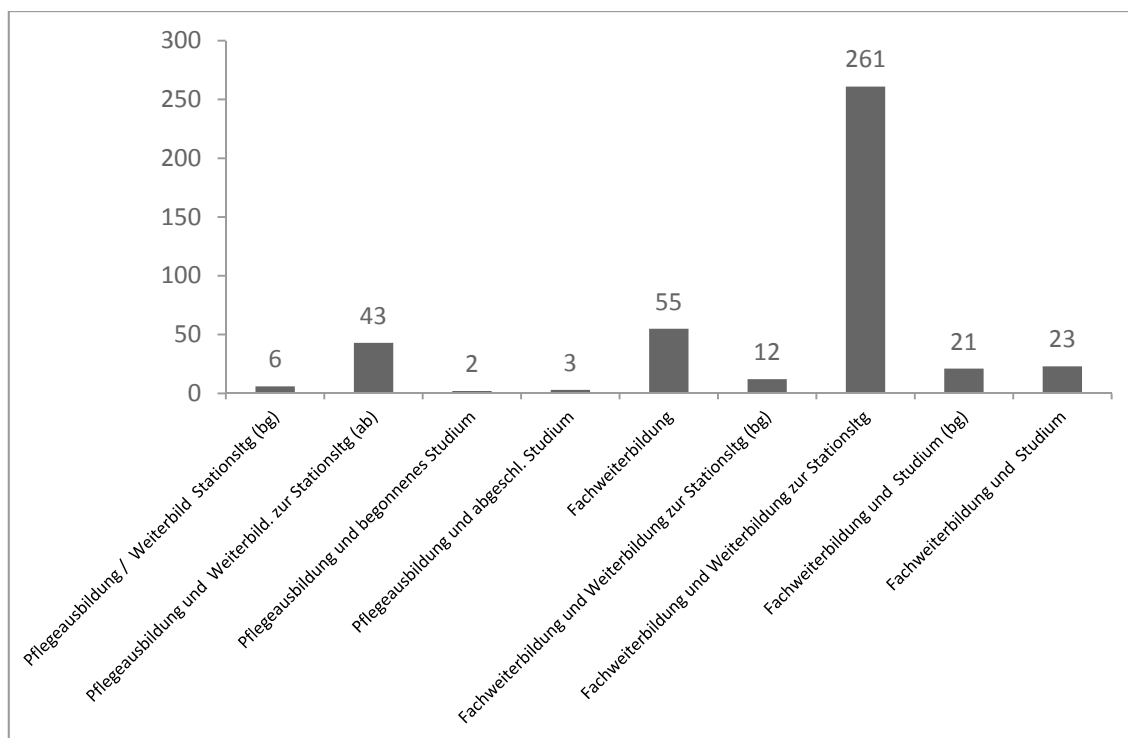


Abbildung 16: Antwortende nach Qualifikation in Absolutangaben

Hinsichtlich der Qualifikation der Leitungen (N=426) überwiegt deutlich der Anteil derer, die eine Fachweiterbildung in der Anästhesie- und Intensivpflege sowie eine Weiterbildung zur Stationsleitung abgeschlossen haben (261=48,8% aller Leitungen). Dies sind Qualifikationswege, die mindestens eine siebenjährige Dauer aufweisen, da sich nach der Ausbildung die Fachweiterbildung (über zwei Jahre) und eine Weiterbildung zur Stationsleitung (ebenfalls über zwei Jahre) beschreiben lassen. Vor diesem Hintergrund kann die Gruppe überwiegend als mehrfach qualifiziert beschrieben werden. Der Anteil von Pflegefachkräften in laufenden akademischen Qualifizierungen oder mit akademischen Abschlüssen ist verhältnismäßig gering (insgesamt 9,2% unter allen befragten Personen).

In welcher beruflichen Stellung/Position arbeiten Sie auf der ICU ?			
		Häufigkeit	Prozent
Leitung mit vollständiger Freistellung für die Leitungstätigkeit/Koordination		124	23,2%
Leitung der ICU mit anteiliger Freistellung für die Leitungstätigkeit/ Koordination		315	58,9%
Stellvertretende Leitung der ICU mit vollständiger Freistellung für die Leitungstätigkeit/Koordination		6	1,1%
Stellvertretende Leitung der ICU mit anteiliger Freistellung für die Leitungstätigkeit/Koordination		68	12,7%
gesamt		513	95,9%
fehlend	System	22	4,1%
gesamt		535	100,0%

Tabelle 6: Berufliche Position der Antwortenden in Absolutangaben und Prozent

Mehr als 85% der Befragten (N=513) ist in der Leitung der Station tätig. Für die Leitungstätigkeit erfolgt überwiegend eine anteilige Freistellung für die koordinatorischen Aufgaben. Insgesamt 13,8% der Befragten in der Stichprobe sind stellvertretende Lei-

tungen. Nur jede vierte Leitung ist für die Aufgabe selbst von der Pflegearbeit der Station freigestellt und ausschließlich für die Leitung zuständig.

Die Angaben erscheinen relevant vor dem Hintergrund, dass in der Folge der Befragung Einschätzungen zur konkreten Patientenversorgung vorgenommen werden sollten. Hierbei ist ein wesentlicher Aspekt der Aussagekraft, dass die Leitungen selbst in hohem Maße direkt in die Pflege eingebunden sind und somit einen engen Kontakt zum „Tagesgeschäft“ auf der Station aufweisen und nicht ausschließlich koordinierenden Tätigkeiten nachgehen.

92,5% der Leitungen arbeiten in Vollzeit. 37,2% arbeiten nicht mehr im Dreischichtdienst der Station (haben in aller Regel demnach keine Nachtwachenzeiten mehr, um in tagesbezogenen Kernarbeitszeiten ansprechbar zu sein). 22,4% der Befragten in der Stichprobe und somit ca. jede fünfte Leitung arbeitet weiterhin im Dreischichtdienst der Station.

7. Angaben zur Patientenanzahl und Personalausstattung

Ein erster Fragenkomplex bezog sich auf Angaben zur Anzahl der betreuten Patienten über den Tag und zur Personalausstattung der Intensivstationen. Im folgenden Kapitel sollen zentrale Kennzahlen und Einschätzungen vorgestellt werden.

7.1 Angaben zur Anzahl der Patienten auf der ICU

Die Patientenversorgung hängt von der Personalstärke der Pflegefachkräfte in Relation zur Patientenanzahl und vor allem zur Fallschwere der Patienten ab. Diese konnte im Rahmen der breit angelegten Befragung nicht erhoben werden. Um zu validen Aussagen zu kommen, müssen hier Einzelstudien durchgeführt werden.

Von Interesse ist aber nicht nur, wie viele Patienten im Durchschnitt auf der Station betreut werden, sondern in Ergänzung dazu auch die Zahl der Patienten, die am selben Tag aufgenommen und wieder entlassen werden (z.B. nach Operationen und kurzzeitiger Nachbeatmung).

	N		Mittelwert	Modus	Summe
	gültig	fehlend			
Durchschnittliche Anzahl der Patienten auf der ICU, die mindestens über 24 Stunden auf der Station verbleiben	515	20	9,98	8	5.139
Durchschnittliche Anzahl der Patienten, die am selben Tag aufgenommen und wieder verlegt werden	490	45	2,65	2	1.297

Tabelle 7: Patientenbelegung auf der Station

Die Tabelle zeigt, dass im Durchschnitt der teilnehmenden Stationen ca. 10 Patienten auf einer Intensivstation versorgt werden und dass zusätzlich 2-3 Patienten pro Tag kurzfristig aufgenommen und wieder weiterverlegt werden.

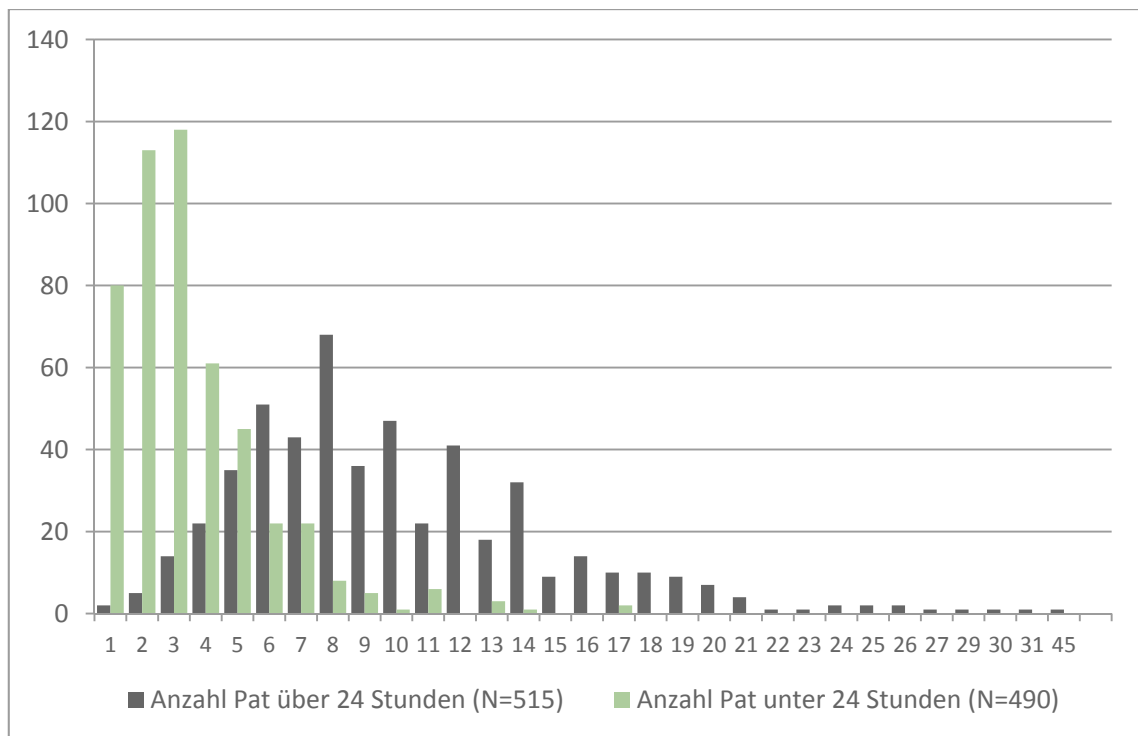


Abbildung 17: Patientenbelegung auf der Station in Absolutangaben

Das Histogramm zeigt die Verteilung der Anzahl der Patienten und der Patienten, die lediglich kurzfristig auf der Intensivstation liegen. Hier sieht man, dass überwiegend eher eine geringe Anzahl an Patienten sehr kurz aufgenommen wird.

Das Streudiagramm aber zeigt, dass hier eine große Breite in den Verteilungen vorliegt und dass es auch Intensivstationen gibt, die mehr temporäre Patienten haben als Patienten, die über 24 Stunden versorgt werden. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn eine kardiologische Intensivstation auch Patienten aus dem Katheterlabor mit betreut oder kurzzeitige Nachbeatmungen nach Operationen durchgeführt werden.

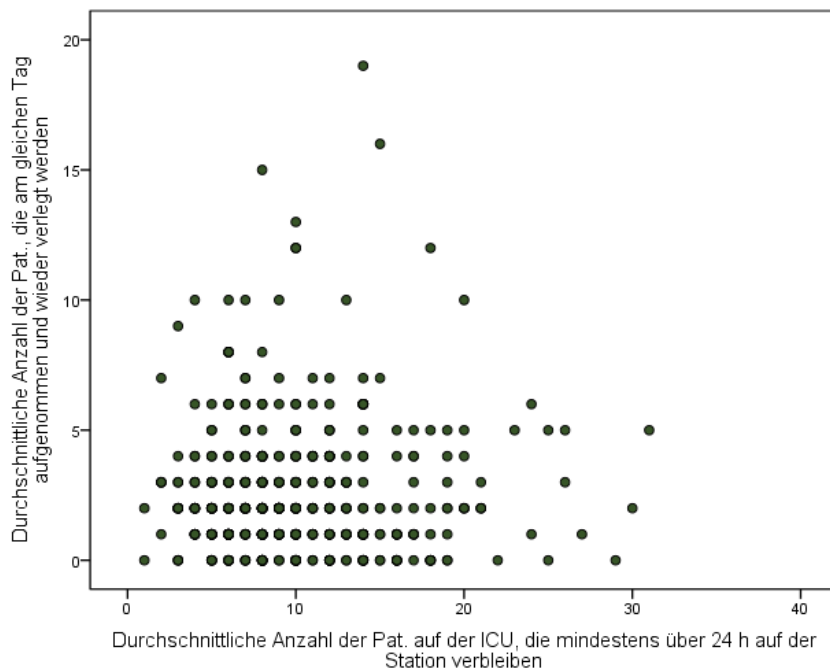


Abbildung 18: Patientenbelegung auf der Station Streudiagramm

In jedem Falle lässt sich aus dieser breiten Streuung ableiten, dass bei der Personalbesetzung und der Kalkulation von Stellen für den Pflegebereich diesem Aspekt eine große Bedeutung zukommt. Es können bei der Berechnung nicht ausschließlich die Leistungen im Vordergrund stehen, die sich aus der Überwachung und medizinisch-pflegerischen Therapie von Patienten ergeben, die über längere Zeit auf der Station liegen. Ferner müssen in Personalkalkulationen Dienste einfließen, die außerhalb der Intensivstation mit geleistet werden, wie z.B. im Rahmen von Reanimationsteams als Bereitschaftsdienst für das gesamte Krankenhaus etc.

7.2 Angaben zu den beschäftigten Pflegefachkräften auf der ICU

Ein erster Überblick über die Personalausstattung wird auf der Basis der Anzahl der Planstellen für die Stationen gegeben. Insgesamt wurden 13.663,41 Planstellen in der Stichprobe angegeben, auf die sich 17.162 Pflegefachkräfte verteilen. Hierbei ergeben sich kleine statistische Ungenauigkeiten, da nicht alle Stationsleitungen zu allen Punkten Angaben machten (abweichendes N) und die Zahl der Antwortenden bei den Planstellen geringer ausfällt.

		Planstellen für Gesundheits- und Krankenpflegende in Vollzeitkräften	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden insgesamt auf der Station
N	gültig	513	521
	fehlend	22	14
Mittelwert		26,63	32,43
Median		24,0	29,0
Summe		13.663,41	16.898

Tabelle 8: Planstellen, Anzahl der Mitarbeiter

Die Werte zeigen entsprechend der unterschiedlichen Größe der Stationen eine große Spannweite. Im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) werden 26,63 Planstellen angegeben, die von 32,43 Personen besetzt werden.

Berechnet man die durchschnittliche Anzahl der Pflegekräfte (in Vollzeitkräften) pro aufgestelltem Bett auf der Intensivstation, so ergeben sich die nachfolgenden Ergebnisse: Im Durchschnitt sind es 2,16 Planstellen pro aufgestelltem Bett auf der Station. Dabei schwanken die Angaben stark.

N	gültig	509
	fehlend	26
Mittelwert		2,16
Median		2,10
Minimum		,61
Maximum		6,63
Perzentile	25	1,81
	50	2,10
	75	2,42

Tabelle 9: Anzahl der Pflegekräfte in Vollzeit pro aufgestelltem Intensivbett

Die in der Stichprobe ermittelten Werte liegen etwas höher, als sie in der Studie des Deutschen Krankenhausinstituts angegeben werden²⁰. Hier wurden im Rahmen des Krankenhausbarometers 2011 durchschnittliche Werte von 1,7 Vollzeitstellen im Pflegedienst pro Patientenbett beschrieben.

In aller Regel kann davon ausgegangen werden, dass eine höhere Anzahl an Betten auch mit mehr Personalstellen einhergeht, gleichwohl es hier auch zu Streuungen kommt (Grafik einschließlich der Ausreißer).

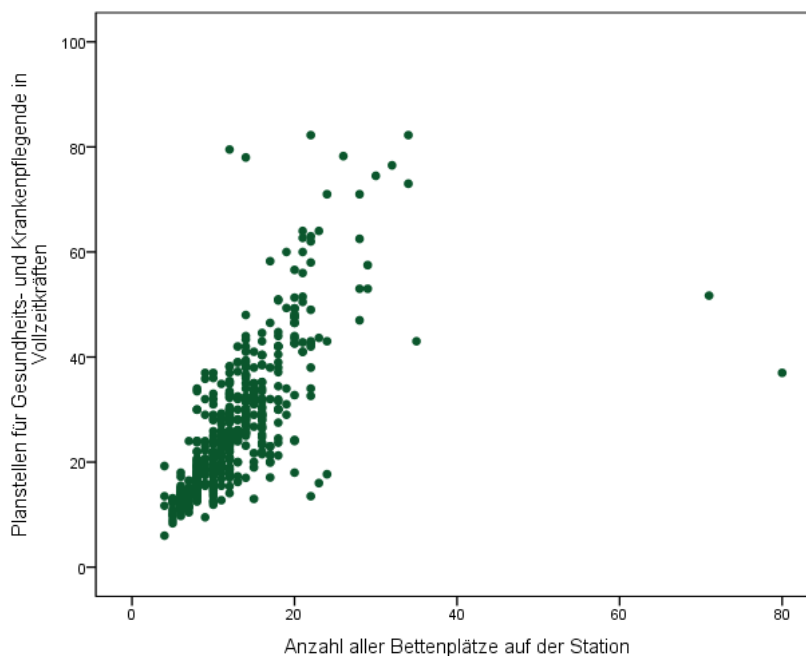


Abbildung 19: Streudiagramm Anzahl der Bettplätze und Planstellen

²⁰ Janßen et.al. 2011

Eine Berechnung der Korrelation²¹ zwischen den beiden Variablen ergab unter dem Einschluss der Ausreißer²² einen stark positiven Zusammenhang von 0,645, wobei der Wert 1 den höchsten theoretischen Zusammenhang darstellen würde und der Wert von -1 eine vollständig umgekehrte Korrelation ergeben würde.

Ein weiterer wichtiger Parameter der Personalausstattung ist die Anzahl der offenen Stellen, die besetzt werden sollen, jedoch aktuell nicht besetzt werden können. Die Summe der in der Stichprobe offenen Stellen liegt bei 477,7. Das entspricht einem prozentualen Anteil in der Stichprobe von 3,5%. Dies liegt nah an den Ergebnissen anderer Studien. Im Krankenhausbarometer 2011 wird für den Intensivpflegebereich davon ausgegangen, dass ca. 5% der Stellen vakant sind^{23 24}.

Aktuell offene Planstellen für Gesundheits- und Krankenpflegende, die besetzt werden sollen (in Vollzeitkräften)		
N	gültig	476
	fehlend	59
Mittelwert		1,0
Median		0,25
Modus		0
Minimum		0
Maximum		9,50
Summe		477,74

Tabelle 10: Offene Stellen auf den Intensivstationen

Auf der Basis der vorliegenden Daten (27,5% aller Bettplätze auf Intensivstationen in Deutschland sind in der Stichprobe abgebildet) kann eine vorsichtige Schätzung bezüglich der freien Stellen für Pflegefachkräfte auf Intensivstationen erfolgen²⁵. In der vorliegenden Studie ergeben sich ca. 1.740 offene Stellen. Damit liegt die Schätzung etwas oberhalb der im Krankenhausbarometer 2011 des DKI angegebenen 1.200 Stellen²⁶.

Relevant erscheint auch die Frage nach der Altersverteilung der Mitarbeiter auf den Intensivstationen. Die berufsdemografischen Daten weisen einerseits auf den klinischen Erfahrungsgrad der Pflegefachkräfte hin. Auf der anderen Seite wird auch ein Ersatzbedarf an Mitarbeitern deutlich, der sich in den kommenden Jahren ergeben wird, wenn ältere Mitarbeiter ausscheiden.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Anteile der Mitarbeiter in den jeweiligen Altersgruppen. Mehr als die Hälfte der Mitarbeiter ist zwischen 31 und 50 Jahren alt. Damit bestätigen sich die Daten aus früheren Erhebungen zur Intensivpflege^{27 28}.

²¹ Zweiseitige Korrelation nach Pearson

²² Hier wurden Werte einbezogen, die nicht näher verifiziert werden konnten, jedoch wenig plausibel erscheinen, wie die Angabe von fast 80 Pflegenden für 14 Betten. Da keine automatisierte Datentrimmung über die Standardabweichungen erfolgte, wurde hier mit den Rohwerten gerechnet.

²³ McGillis, Hall. 2009

²⁴ Janßen et al. 2011

²⁵ Die Schätzung ist als ein Annäherungswert zu verstehen. Für eine „Hochrechnung“ würden repräsentative Daten benötigt.

²⁶ McGillis, Hall 2009

²⁷ Isfort et al. 2010

²⁸ McGillis, Hall . 2009

Der Anteil derer, die über das 50ste Lebensjahr hinaus auf einer Intensivstation arbeiten, erscheint relativ gering. Bezogen auf den aktuellen Stand kann davon ausgegangen werden, dass auf zahlreichen Stationen Teams mit Personal überwiegend aus den mittleren Altersgruppen tätig sind und über eine große Erfahrung verfügen. Entwicklungen über die Jahre lassen sich auf der Basis dieser „Status-Quo-Erhebung“ ebenso wenig ableiten, wie sich Rückschlüsse darüber ziehen lassen, ob die große Gruppe der 41-50-Jährigen in 10 Jahren geschlossen weiterhin auf der Intensivstation arbeiten wird oder arbeiten kann.

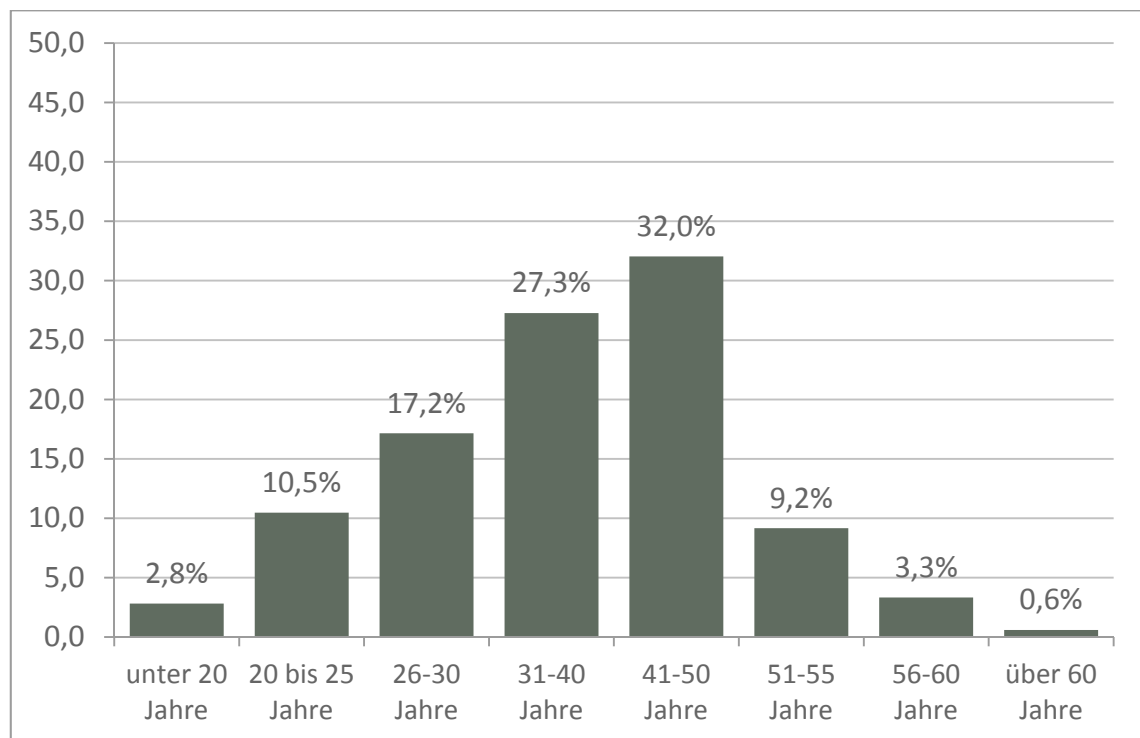


Abbildung 20: Altersgruppen der Mitarbeiter in Prozent

Es stellt sich jedoch angesichts der Verteilung die Frage, ob es gelingen kann, hinreichend junge Pflegende für die Intensivpflege zu gewinnen, damit eine kontinuierliche Arbeit zukunftssicher gestaltet werden kann. Ebenso ergeben sich Fragen bezüglich der spezifischen Belastungen und der Arbeitsplatzgestaltung, die es Personen aller Altersgruppen ermöglichen, auf der Intensivstation zu arbeiten²⁹. Ferner kann aus den Daten abgeleitet werden, dass es guter Konzepte bedarf, um das klinische Wissen der erfahrenen Pflegefachkräfte systematisch an junge Kollegen weiter zu geben³⁰.

Hinsichtlich der Anzahl an Schülern auf den Intensivstationen lässt sich darstellen, dass lediglich in 6,4% der Intensivstationen keine Schülerausbildung stattfindet. Somit haben potenziell zukünftige examinierte Pflegefachkräfte weiterhin die Möglichkeit, Intensivstationen während der Ausbildung als potenzielles Arbeitsfeld kennenzulernen. Im Durchschnitt sind es auf den Intensivstationen 9,5 Schülereinsätze in einem Jahr. 25% der befragten Stationen hatten bis zu vier Schülereinsätze in einem Jahr, die Hälfte bis zu acht. Dies kann als eine bedeutende Möglichkeit gesehen werden, um gezielt

²⁹ Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2010

³⁰ Needham 2010

Nachwuchs für die Stationen zu rekrutieren und frühzeitig der berufsdemografischen Entwicklung entgegenzuwirken.

7.3 Angaben zu den Schichtbesetzungen auf der ICU

Ein zentraler Aspekt in der Patientenversorgung ist, wie sich die Personalsituation auf den Intensivstationen darstellt. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin empfiehlt für die Intensivstationen für zwei Behandlungsplätze pro Schicht eine Pflegefachkraft³¹. Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege hat in ihrer Berliner Erklärung aus dem Jahr 2007 eine Fachkraftquote (Zusatzqualifikation in der Anästhesie- und Intensivpflege) von 70% gefordert³². Darüber hinaus werden Begrenzungen der Behandlungsquoten von zwei Patienten pro Pflegefachkraft für nicht beatmete und eine Eins-zu-eins-Betreuung für beatmete Patienten gefordert. Die Vereinbarungen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen beschränkt sich in den Merkmalsbeschreibungen zur Bestimmung der Level der Perinatalzentren auf die Bestimmung der konkreten ärztlichen Ausstattung. Für die Intensivpflegenden werden keine konkreten Relationen vorgegeben. Hier werden lediglich (je nach Level) die Quoten der fachweitergebildeten Personen beschrieben (für die Perinatalzentren mit Level 1 Versorgung z.B. 40%). Diese Quoten sind jedoch abhängig von der Gesamtzahl der Pflegefachkräfte und ergeben somit nur bedingt eine sinnvolle Beschreibung zur Personalausstattung³³.

Die Diskussionen um eine angemessene Personalausstattung werden nicht nur national, sondern seit vielen Jahren auch international geführt³⁴. Ein Konsortium der führenden britischen Intensivpflegeorganisationen spricht sich dafür aus, dass im Minimum für einen beatmeten Patienten eine Pflegefachkraft zur Verfügung stehen sollte³⁵.

Für Deutschland liegen bislang die folgenden Studienergebnisse vor: Im Pflege-Thermometer 2009 wurde auf Basis einer Subgruppenanalyse für Intensivpflegende (N = 1.927) ermittelt, dass 31,5% der Pflegefachkräfte auf Intensivstationen insgesamt zwei Patienten pro Schicht verantwortlich betreuen, 48,2% betreuten drei Patienten und 11,4% sogar vier Patienten. Der Mittelwert lag bei drei Patienten³⁶. Eine Differenzierung zwischen beatmeten und nichtbeatmeten Patienten erfolgte in dieser Studie nicht. Im Rahmen einer internationalen Weaningstudie³⁷ konnte auf Basis von 460 Eingaben von Mitarbeitern (ohne Leitungsfunktion) aus deutschen Intensivstationen ermittelt werden, dass die durch die DGF geforderte Quote einer 1:1-Betreuung von beatmeten Patienten nur bei 7,8% der Befragten realisiert wurde. Der größte Teil der Intensivpflegenden (63,3 %) in dieser Stichprobe betreute zwei beatmete Patienten. Mehr als jeder fünfter Befragter (22 %) gab an, sogar drei invasiv beatmete Patienten zu versorgen³⁸. Graf u.a. befragten im Jahr 2010 insgesamt 454 Intensivstationen an einem Stichtag. Im Durchschnitt betreute eine Pflegefachkraft 2,7 Patienten (2,3 im

³¹ Deutsches Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) 2011

³² Notz 2007

³³ Gemeinsamer Bundesausschuss 2010

³⁴ King's College London 2012

³⁵ British Association of Critical Care Nurses 2010

³⁶ Isfort et al. 2010

³⁷ Rose et al. 2011

³⁸ Isfort et al. 2011

Frühdienst, 2,6 am Nachmittag und 3,3 in der Nacht)³⁹. Auch dieses Ergebnis zeigt auf, dass eine Umsetzung der Empfehlungen der Fachgesellschaften bislang nicht erfolgte. In größeren Kliniken (Universitätskliniken) war die Betreuungsquote besser als in kleineren Allgemeinkrankenhäusern. Im Krankenhausbarometer 2011⁴⁰ berechnen Blum et al. nicht die schichtspezifischen Besetzungen, sondern die Relationen der Pflegefachkräfte pro Intensivbett und weisen im Durchschnitt 1,7 Vollkräfte pro Bett aus. Dieser Kennwert lässt jedoch keine hinreichenden Rückschlüsse auf die konkreten Versorgungsrelationen zu. In der vorliegenden Studie liegt er (wie beschrieben) bei 2,1 Vollzeitstellen im Pflegedienst pro Patientenbett.

Das Pflege-Thermometer 2012 bestätigt grundsätzlich die bisherigen Ergebnisse aus eigenen Befragungen und die anderer Autoren und zeigt, dass in der Summe gegenüber den Befragungen von vor drei Jahren keine Veränderungen in der Einschätzung zur Personalausstattung festgestellt werden konnten⁴¹. Dies sind vorsichtige Hinweise auf der Basis zweier unabhängiger Befragungen, die die Notwendigkeit einer regelmäßigen Erfassung untermauern.

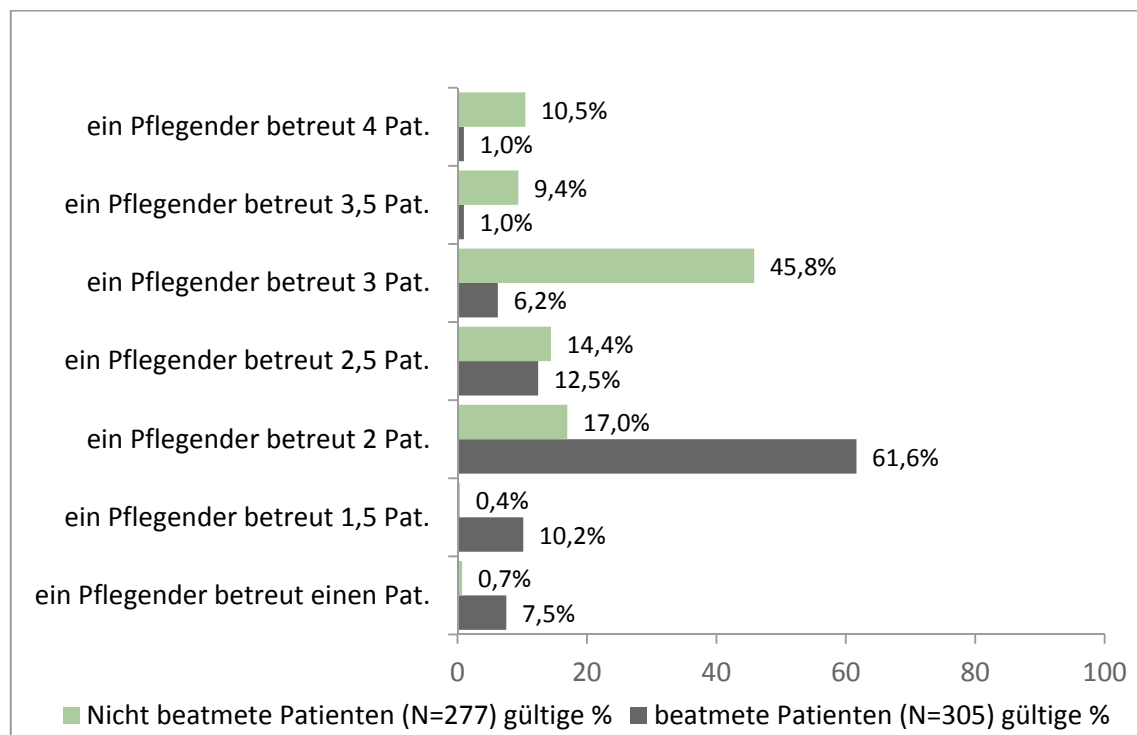


Abbildung 21: Betreuungsrelationen im Frühdienst in gültigen Prozentangaben

Die Leitungskräfte der 535 befragten Intensivstationen geben an, dass überwiegend zwei beatmete Patienten oder drei nicht beatmete Patienten von einer Pflegefachkraft betreut werden. In der Zusammenführung (beatmete und/oder nicht beatmete) Patienten sind es von den 447 antwortenden Leitungen, die zu diesem Punkt Angaben machen.

³⁹ Graf et al. 2010

⁴⁰ Janßen et al. 2011

⁴¹ Hierbei muss darauf hingewiesen werden, dass es sich um jeweils zwei Querschnittsbefragungen unterschiedlicher Akteure handelt, die nur vorsichtige Hinweise über Entwicklungen geben können. Für eine konkrete Veränderungsmessung wären standardisierte Daten notwendig, die im Längsschnitt als Panelstudien angelegt sind und identische Personengruppen oder identische Intensivstationen über mehrere Messzeitpunkte in die Auswertung aufnehmen.

ten, 31,1%, die zwei Patienten, 27,1%, die 2,5 Patienten und 30,2%, die drei Patienten betreuen.

Die Betreuungsrelationen beziehen sich auf die Angaben zum Frühdienst. Zukünftig sind weiterführende Ausdifferenzierungen in Erhebungen notwendig. Ein bislang nicht hinreichend untersuchtes Phänomen ist die Frage nach der Verteilung der Patienten auf unterschiedliche Räume (Boxen) und der Betreuung durch Pflegefachkräfte. Es gilt zu klären, wie häufig Pflegefachkräfte bei der Patientenversorgung die Räume wechseln müssen und wie häufig kritisch Kranke in der Folge ohne eine konkrete Beobachtung bleiben müssen. Diese Daten können Ergänzungen zur Diskussion um die Relationen darstellen und stehen im Zusammenhang mit den weiter unten diskutierten Punkten der Patientensicherheit und der Verhinderung vermeidbarer schwerwiegender Zwischenfälle.

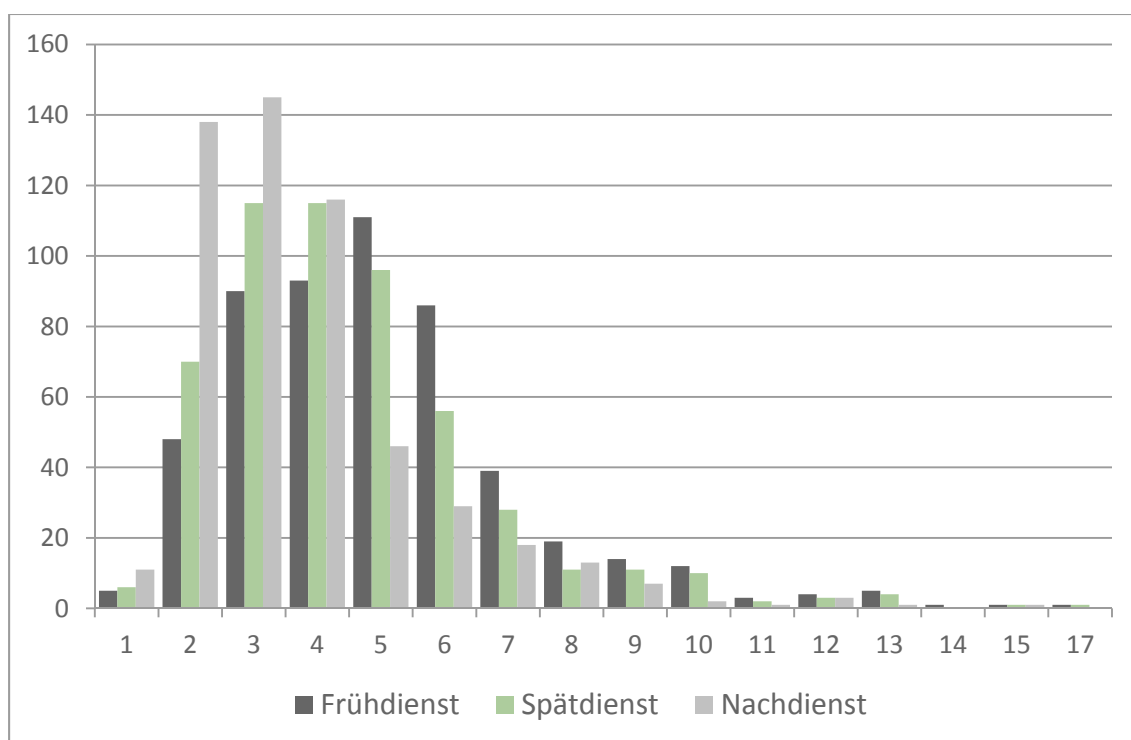


Abbildung 22: Personalausstattung über die Schichten in Absolutangaben

Auch die Veränderungen der Betreuung über die Schichten sind zukünftig näher zu fokussieren, denn die Auswertungen zeigen, dass im Frühdienst im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) 5,2 Personen, im Spätdienst 4,5, in der Nachtwache jedoch lediglich 3,7 Personen zur Verfügung stehen. Auch wenn dies Mittelwerte über eine breite Streuung sind, so verdeutlichen sie doch, dass die Betreuungsrelation über den Tag kontinuierlich abnimmt.

Dies verweist auf eine besondere Problematik, die in der Literatur aktuell als „Off-Peak-Nurse-Staffing“ bezeichnet wird⁴². Gerade in den Zeiten, in denen nicht das „Kerngeschäft“ auf der Station stattfindet, sind deutlich schlechtere Betreuungsrelationen vorzufinden, gleichwohl sich die Betreuungsintensität der einzelnen Patienten oder deren Erkrankungsschwere nicht nachhaltig ändert. So kann ein Absinken der Perso-

⁴² Eschiti und Hamilton 2011

nalkraftquote lediglich aufgrund organisatorischer Reduzierungen und Verringerungen in der Diagnostik begründet werden. Dies wird jedoch hinsichtlich der potenziellen Patientenrisiken von Pflegefachkräften als zunehmende Problematik identifiziert. In Anbetracht einer abnehmenden subjektiven Leistungsfähigkeit über die Nachtwachenzeit⁴³ bedarf es der Kontrolle, ob die gängigen Relationen eine risikofreie Behandlung über den gesamten Zeitraum von 24 Stunden der Intensivversorgung gewährleisten. Es gilt zu prüfen, ob z.B. begonnene Weaningversuche abends abgebrochen werden müssen, weil über die Nacht nicht ausreichend Personal zur Verfügung steht und die Versorgungskontinuität nicht gegeben ist.

Bezüglich der Schichten ist bedeutsam, nach welchen Arbeitszeitmodellen auf den Stationen gearbeitet wird.

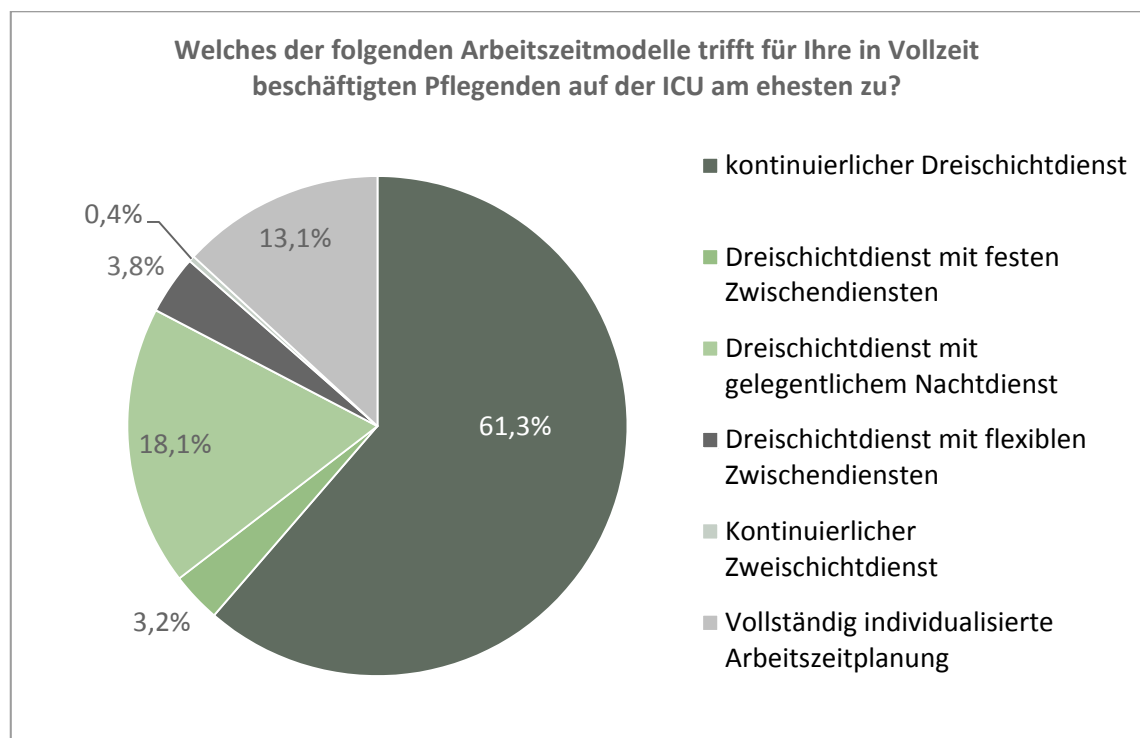


Abbildung 23: Arbeitszeitmodelle in Prozent

Es zeigt sich, dass überwiegend in einem kontinuierlichen Dreischichtdienst gearbeitet wird. 13,1% haben keine spezifischen Vorgaben mehr und setzen auf eine vollständig individualisierte Arbeitszeitplanung. Die Arbeitszeitmodelle werden vor allem hinsichtlich der Frage nach altersgruppenspezifischen Vorlieben und Möglichkeiten der Schichtarbeit diskutiert. In den verschiedenen Lebensphasen ergeben sich ggf. unterschiedliche Vorlieben. In Diskussionen mit Studierenden z.B. zeigte sich, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass Nachtschichten für ältere Mitarbeiter prinzipiell ungünstiger sind als bei Jüngeren. Der Dreischichtdienst ist auch vor dem Hintergrund zu diskutieren, in welchem Rhythmus die Nachtarbeit erfolgt und wie viele Nächte am Stück geleistet werden sollen oder können. Hier stehen auch Fragen der Familienfreundlichkeit im Vordergrund, die nur unzureichend generell beantwortet werden können.

⁴³ Parthum und Staudigel 2012

8. Personalstruktur und -ausstattung

Im folgenden Kapitel werden die Einschätzungen der Leitungen zur Entwicklung der Personalausstattung vorgestellt. In unterschiedlichen Frageblöcken sollte ermittelt werden, wie aktuelle Situationen eingeschätzt und wie Entwicklungen bewertet werden. Dazu wurden vorformulierte Fragen in einer Vierer-Likert-Skala eingeschätzt.

8.1 Einschätzungen zu Entwicklungen der Personalbesetzung und Bettenplätze

In einem ersten Fragenkomplex wurde die Entwicklung der Personalstellen im laufenden Jahr erfragt. Diese steht im Kontext einer Veränderung der Patientenzahlen und der Bettenzahlen, die ebenfalls in der Entwicklung eingeschätzt werden sollte.

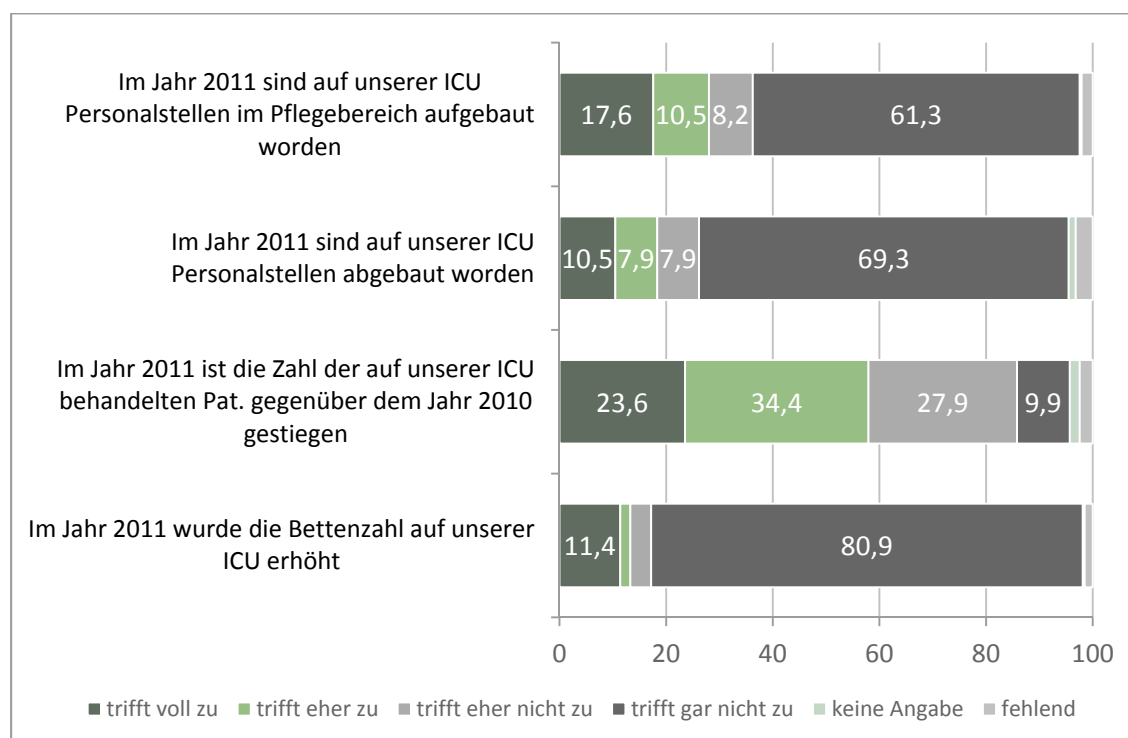


Abbildung 24: Einschätzungen zur Strukturentwicklung im Jahr 2011 in Prozent

Betrachtet man die Einschätzungen zur Entwicklung im Personalstellenbereich Pflege, so ergeben sich unterschiedliche Einschätzungen. Die Ausprägungen der zustimmenden Aussagen (trifft voll zu / trifft eher zu) überwiegen geringfügig im Bereich der aufgebauten Personalstellen. Hier sind es 28,1%, die einen Aufbau erfuhren. Einen Abbau erfuhren 18,4%. Der größte Teil der Befragten zeigt bei beiden Aspekten keine nennenswerte Veränderung.

Eindeutiger zeigt sich die Angabe zur Zahl der behandelten Patienten. Hier sind es 58%, die zustimmen und mehr Patienten behandelten als im Vorjahr. Einen Abbau der Bettenzahl hingegen geben 15,3% an.

Die folgende Kreuztabelle zeigt an, bei wie vielen Einrichtungen, in denen ein Bettenaufbau erfolgte, auch zeitgleich eine Erhöhung der Personalstellen erfolgte.

		im Jahr 2011 wurde die Bettenzahl auf unserer ICU erhöht					N=
		trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angaben	
Im Jahr 2011 sind auf unserer ICU Personalstellen im Pflegebereich aufgebaut worden	trifft voll zu	41	1	1	50	0	93
	trifft eher zu	7	1	4	43	0	55
	trifft eher nicht zu	5	3	8	28	0	44
	trifft gar nicht zu	6	5	8	304	1	324
	keine Angaben	0	0	0	1	1	2
Gesamt		59	10	21	426	2	518

Tabelle 11: Kreuztabelle Bettenaufbau und Personalstellenaufbau

Eine Anzahl von 42 Leitungen beschreibt (N=518) einen parallelen Aufbau. 51 Leitungen beschreiben einen Personalstellenaufbau, ohne dass die Zahl der Bettplätze erhöht wurde. Dies deutet verstärkt auf personelle Anpassungsprozesse hin, die sich primär durch eine Zunahme der Patientenbehandlungen begründen und nicht durch einen Strukturaufbau. Dies wird in einer anderen Kreuztabelle bestätigt, Hier sind es 71 Leitungen, die eine Zunahme der behandelten Patienten beschreiben und zustimmend antworten (trifft voll zu / trifft eher zu), dass ihre Personalkapazität erhöht wurde.

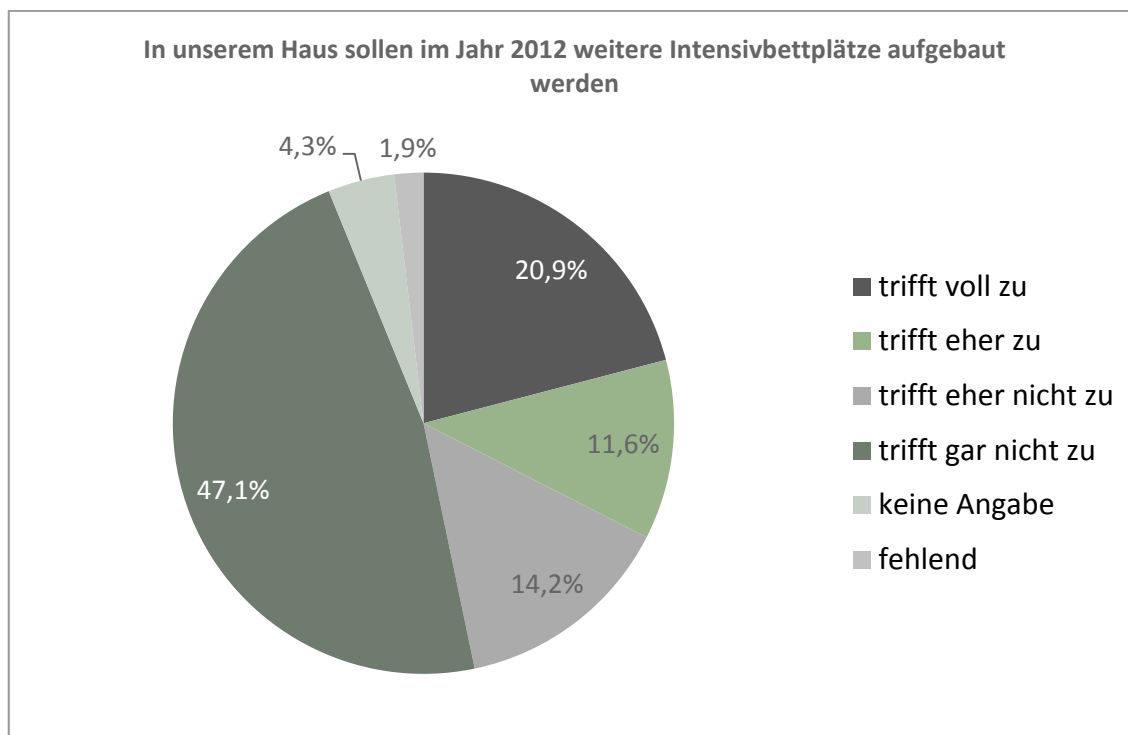


Abbildung 25: Einschätzungen zur Strukturentwicklung 2012 in Prozent

Perspektivisch geben 32,5%, dass im Jahr 2012 weitere Intensivbettplätze aufgebaut werden sollen. Es ist demnach davon auszugehen, dass die Entwicklungen der letzten Jahre, wie sie im einführenden Kapitel beschrieben wurden, weiter voranschreiten werden. Mit einem rasanten Wachstum, das eine besondere Herausforderung an die Einrichtungen und die Personalsituation stellen würde, ist jedoch nicht zwingend zu rechnen.

8.2 Einschätzungen zur Stellenbesetzung

Die folgende Grafik zeigt die Einschätzungen zur Stellenbesetzung und zu Auswirkungen, die aus der Nichtbesetzung von Stellen resultieren könnten. Dabei sollte der Frage nachgegangen werden, ob sich Personalmangel auch erlöswirksam auswirkt, wenn z.B. Operationen verschoben werden müssen oder nicht stattfinden können.

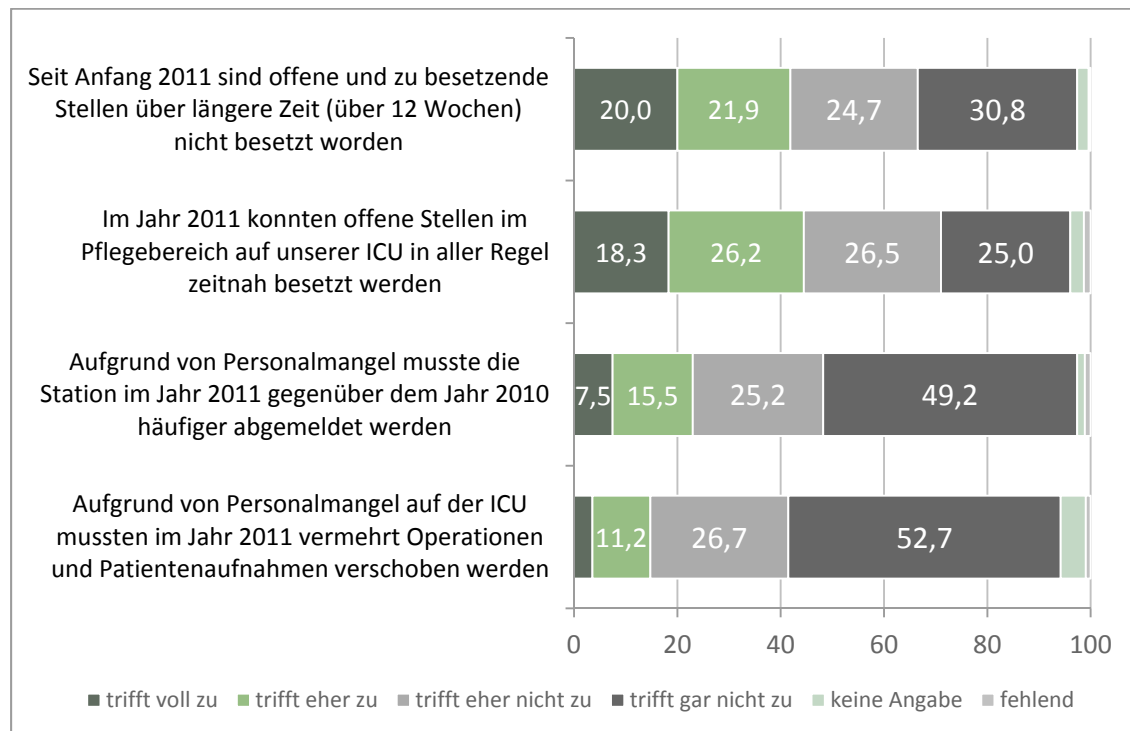


Abbildung 26: Einschätzungen zu offenen Stellen und den Auswirkungen in Prozent

41,9% der Leitungen beobachteten in 2011 offene Stellen, die nicht in einem Zeitraum von 12 Wochen neu besetzt werden konnten. Dem steht eine ähnlich große Gruppe an Leitungen gegenüber (44,5%), die mit einer zeitnahen Neubesetzung in aller Regel keine Probleme hatten. Einen personell bedingten Ausfall oder eine vermehrte Verschiebung von Operationen beobachtete ein eher geringer Anteil der Leitungen (14,8% Zustimmung), wobei die volle Zustimmung lediglich von 3,6% geäußert wurde. 23% der Leitungen aber mussten die Station gegenüber dem Vorjahr häufiger abmelden, weil die Personalstruktur keine weitere Aufnahme eines intensivpflichtigen Patienten erlaubte.

Der Aufwand, der betrieben werden musste, um examinierte Pflegefachkräfte für die ICU zu gewinnen, ist den Aussagen der befragten Leitungskräfte gegenüber dem Vorjahr spürbar gestiegen. 58,7% stimmen hier zu, wobei mehr als jede vierte Leitung voll zustimmt. Bedenkenswert ist auch der Aspekt, dass 47,9% angeben, dass die Zahl der Pflegefachkräfte, die in Teilzeit arbeiten wollen, sich gegenüber dem Vorjahr erhöht hat.

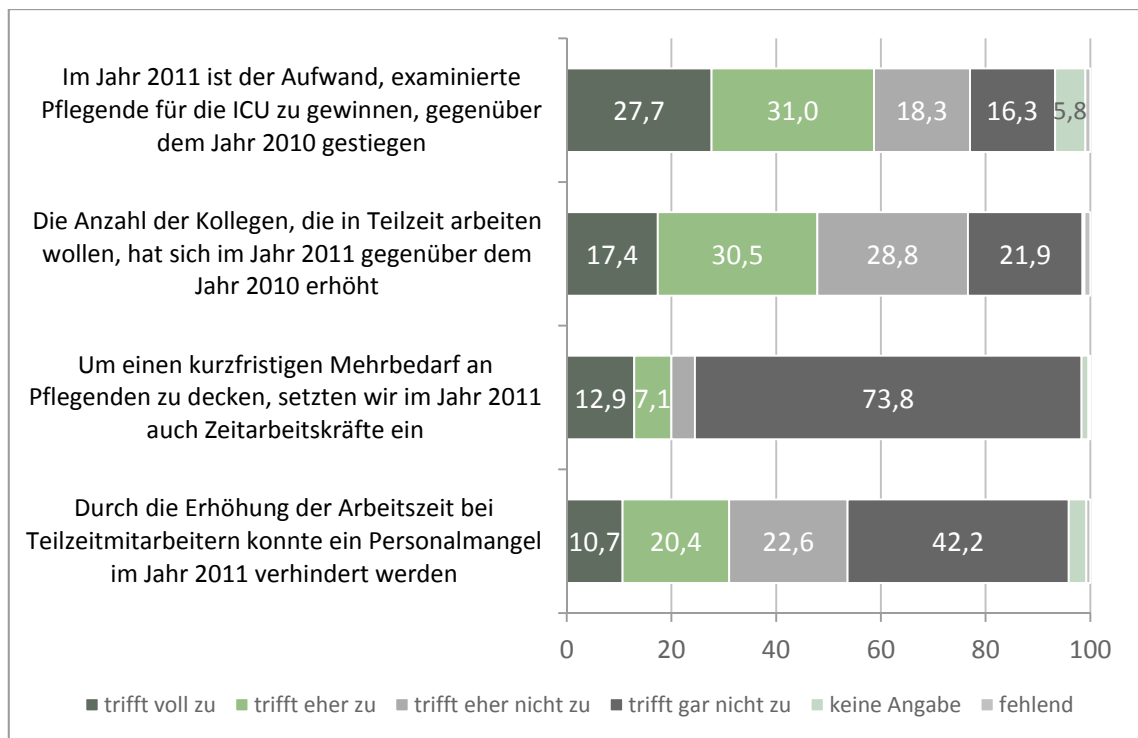


Abbildung 27: Einschätzungen zur Personalakquisition und Bedarfsabdeckung in Prozent

Ein Mehrbedarf an Personal, der sich aus unbesetzten Stellen, personellen Engpässen durch Erkrankungen etc. ergeben kann, wird zunächst nach Möglichkeit mit eigenen Mitteln gedeckt. So gibt ca. jede dritte Leitung an (31,1%), dass durch eine Erhöhung der Teilzeitmitarbeiteranteile ein Personalmangel verhindert werden konnte. Zeitarbeitskräfte von Personaldienstleistern werden in jeder fünften Einrichtung eingesetzt, wenn sich ein kurzfristiger Mehrbedarf an Personal ergibt.

Die Besetzung ist auch gekoppelt an die Frage, ob Pflegefachkräfte, die eingearbeitet wurden, auch nach der Probezeit auf der ICU verbleiben. 83,9% beobachten hier keine Veränderung und stimmen der Aussage, dass sich im Jahr 2011 die Zahl neuer Kollegen, die nach der Probezeit nicht weiter auf der ICU arbeiten wollten, gegenüber Neuanfängern 2010 erhöht hat, nicht zu. Dabei geben 65,8% sogar an, dass dies gar nicht der Fall sei.

Um Personal zu gewinnen, werden nur in 5% der teilnehmenden Einrichtungen Prämien bezahlt. Diese Frage wurde aufgenommen, weil sich in Diskussionen im Vorfeld und auf Tagungen Stimmen mehrten, dass in den Häusern mittlerweile für fachqualifiziertes Personal hohe Ablösesummen bezahlt würden. Diese Annahme lässt sich auf der Basis der Daten dieser Studie nicht bestätigen. Im Umkehrschluss gaben 88,4% der Befragten an, dass dies gar nicht zutreffe. Es scheint sich daher, wenn vorhanden, um ein eher regionales Phänomen zu handeln.

Eine erhöhte Fluktuation beobachten (30,8%) der befragten Leitungen.

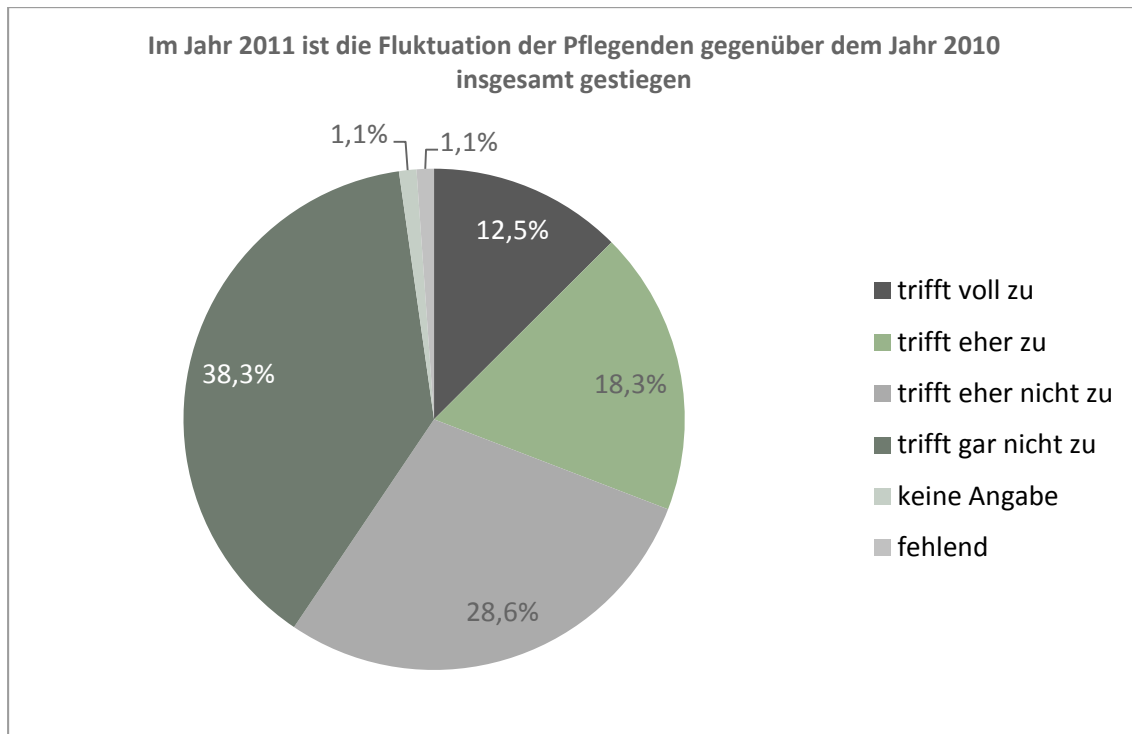


Abbildung 28: Einschätzungen zur Personalfluktuat in Prozent

Die Fluktuation ist eine Problematik, mit der Intensivstationen konfrontiert sind. Die nachfolgende Grafik zeigt die Anzahl der Antworten zu Aspekten der zunehmenden Konkurrenz um qualifiziertes Personal.

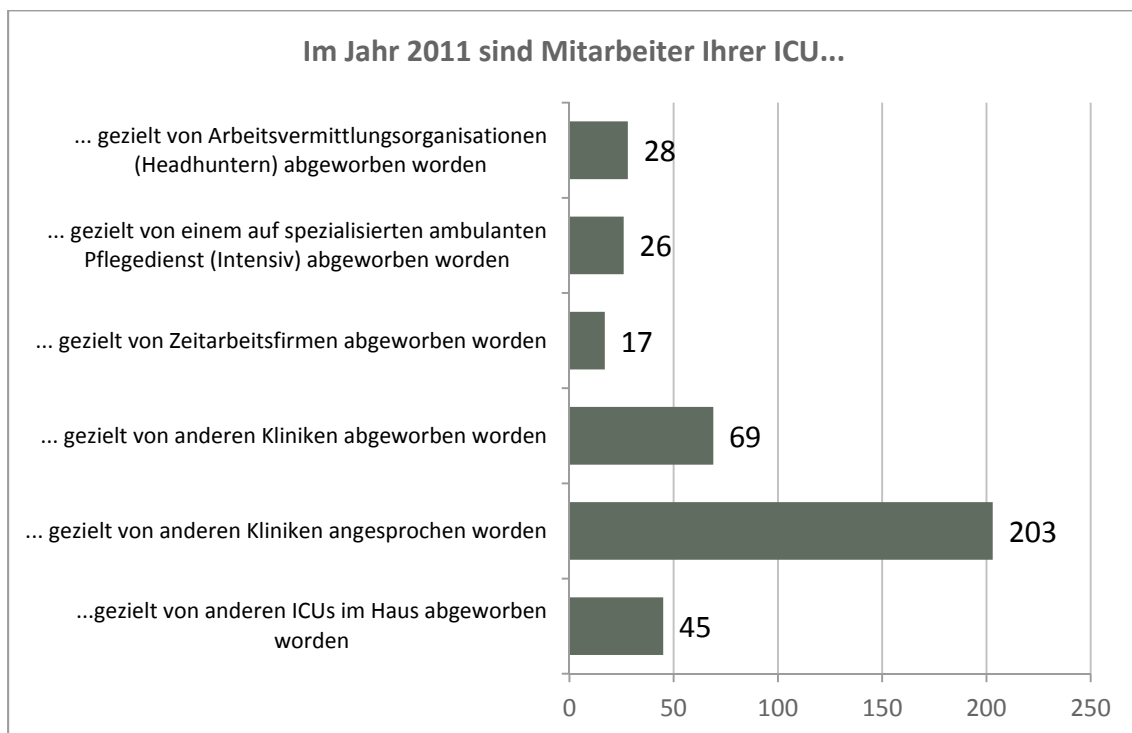


Abbildung 29: Einschätzungen zum Abwerben qualifizierten Personals in Absolutangaben

Der Konkurrenzkampf scheint vor allem zwischen den Kliniken zu existieren. 203 der befragten Leitungen (37,9%) gaben an, dass Mitarbeiter der eigenen Station gezielt

von anderen Krankenhäusern angesprochen wurden. 69 beobachteten, dass erfolgreich abgeworben wurde (12,9%). Zeitarbeitsfirmen, Headhunter oder spezialisierte ambulante Intensivpflegedienste stellen jedoch eine eher geringe Problematik dar und stellen mit 3-5% Angaben keine wesentliche Größe im Konkurrenzbereich dar.

Die nachfolgenden Aspekte können ebenso den Einschätzungen zur Personalbesetzung zugeordnet werden. Es sind Fragen nach organisatorischen Konzepten.

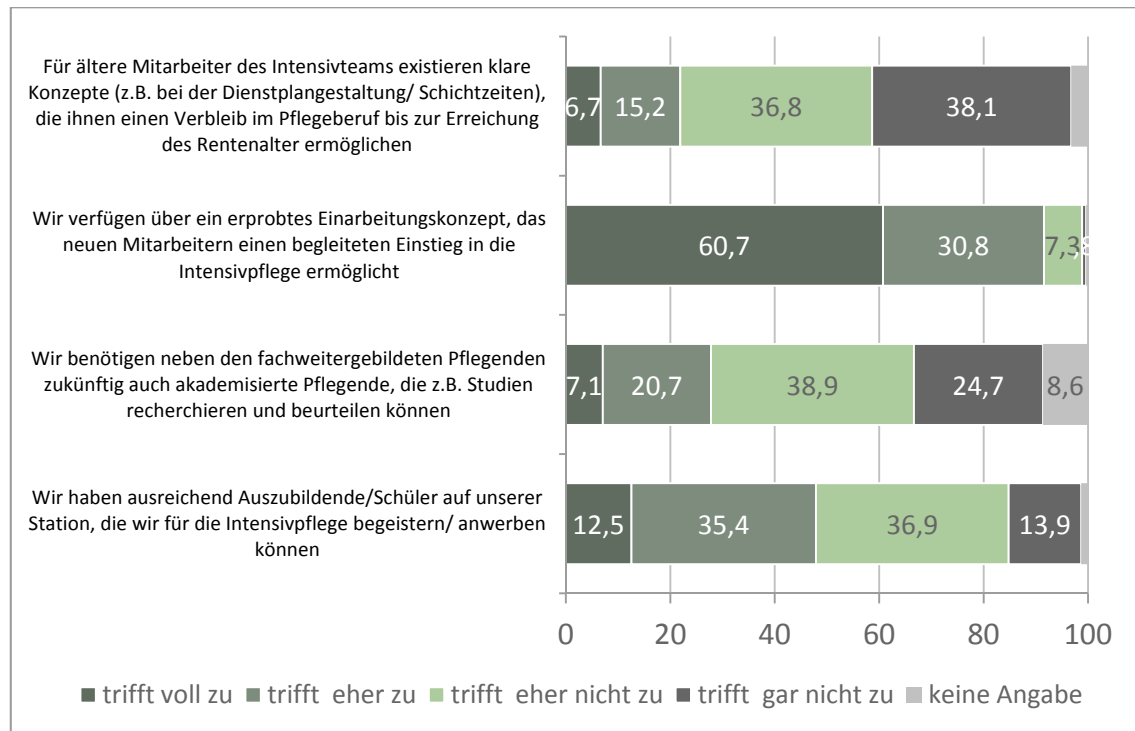


Abbildung 30: Einschätzungen zu Personalkonzepten in Prozent

Altersspezifischen Konzepte, die es auch älteren Mitarbeitern ermöglichen, bis zum Eintritt ins Rentenalter auf der Intensivstation zu arbeiten, werden nur in 21,9% und damit weniger als jeder vierten befragten Einrichtung eingesetzt. Setzt man dies in Beziehung zu der altersdemografischen Verteilung, wie sie abgebildet wurde, so sieht man hier einen deutlichen konzeptionellen Handlungsbedarf.

Einarbeitungskonzepte für Mitarbeiter existieren hingegen flächendeckend und werden von 91,5% der Leitungen angegeben. Die Zahl der Auszubildenden, die angeworben werden können, wird von fast jeder zweiten Leitung (47,9%) als ausreichend beschrieben.

Die Frage nach zukünftigen Qualifizierungen, die sich im Rahmen einer Akademisierung von Pflege ergeben, wird aktuell eher zurückhaltend beantwortet. Ca. jede vierte Leitung (27,8%) sieht hier einen zukünftigen Bedarf, um bspw. Studien zu recherchieren und bewerten zu können.

8.3 Einschätzungen zur Personalbelastung

Betrachtet man Aspekte im Themenfeld der Personalbelastung, so fällt auf, dass in der Summe 81,2% der Leitungen angeben, dass die empfundene Arbeitsbelastung für die Pflegefachkräfte gestiegen sei.

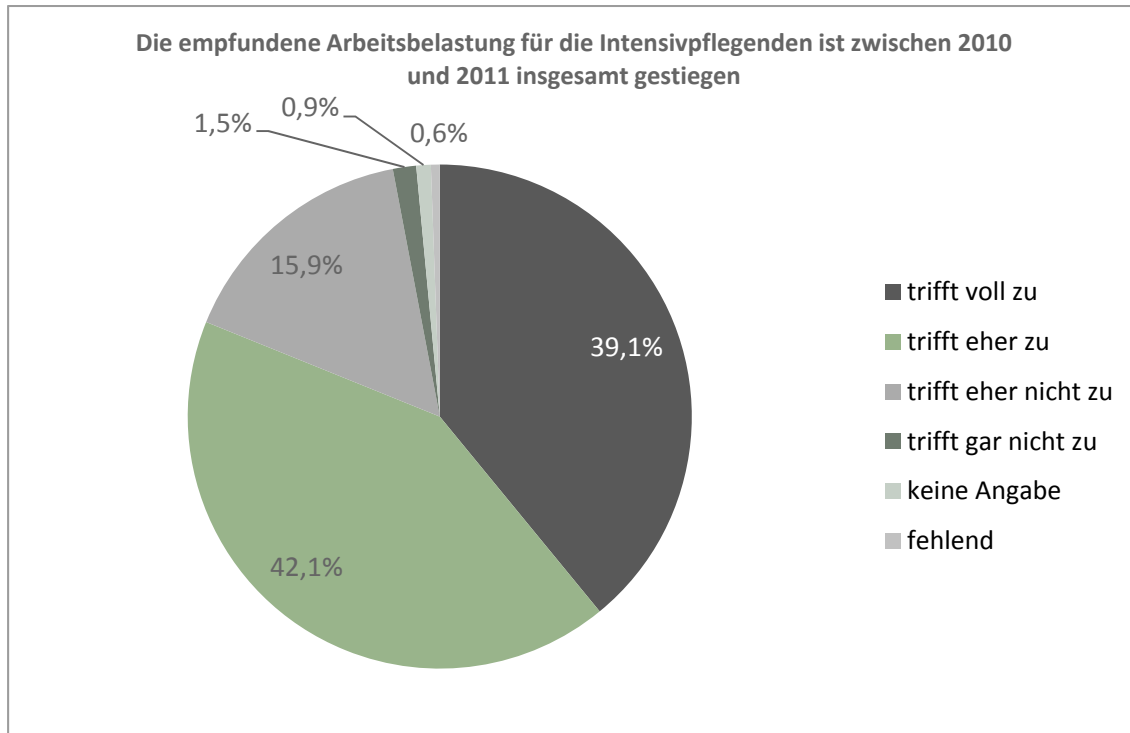


Abbildung 31: Einschätzungen zur Personalbelastung in Prozent

Die Frage ist, wie sich die Belastung darstellt und ob es Indikatoren gibt, anhand derer eine Belastung ermittelt werden kann. Als Merkmale einer Belastung kann der Krankenstand betrachtet werden. Dabei ist jedoch nicht nur die Krankheitshäufigkeit, sondern auch die Krankheitsdauer und Erkrankungsschwere zu fokussieren. Ein weiteres Merkmal sind Krankheitsintervalle, also die Frage, ob sich Veränderungen ergeben bei Mitarbeitern, deren Krankheitszeiten kurze Abstände aufweisen. Dies können Indikatoren für eine Belastungszunahme darstellen.

Erfragt wurde, wie sich diese Kennzahlen über den Zeitraum der letzten beiden Jahre entwickelt haben.

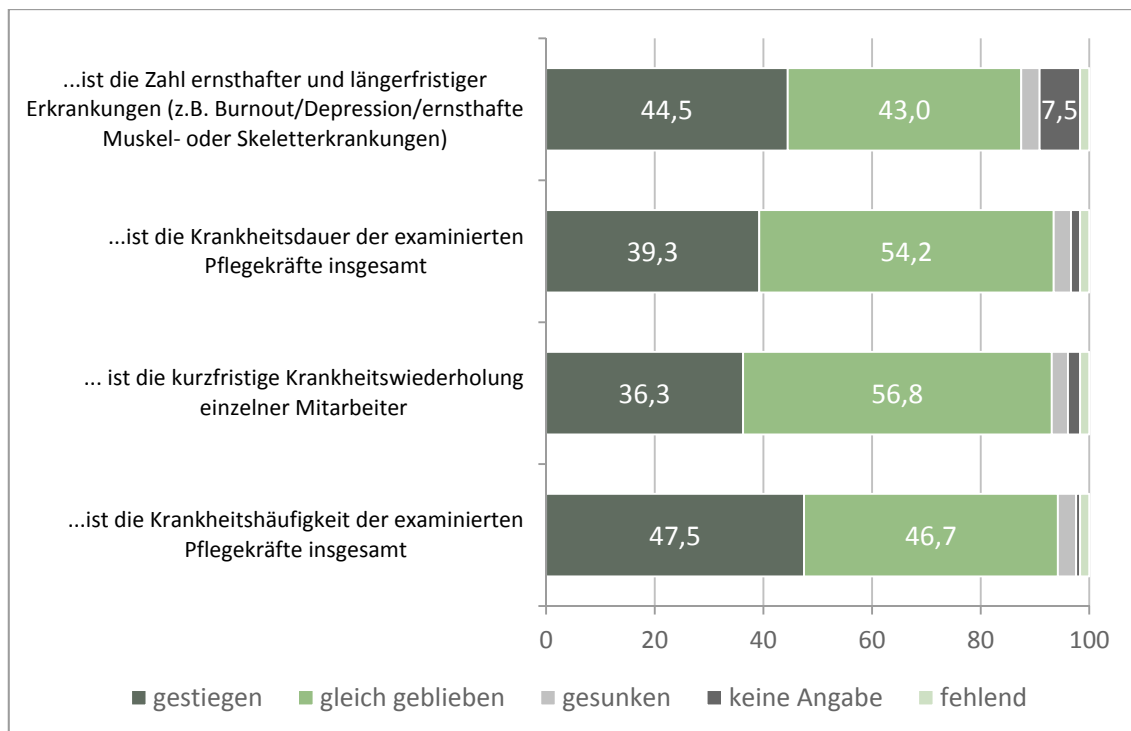


Abbildung 32: Einschätzungen zu Belastungsindikatoren in Prozent

Die Ergebnisse zeigen in allen Bereichen eine steigende Tendenz, der nur ganz geringfügig abnehmende Angaben gegenüberstehen. 47,5% der Befragten beobachten, dass die Krankheitshäufigkeit zugenommen hat. 36,3% beobachten eine Zunahme der Krankheitswiederholung und 39,3%, dass die Krankheitsdauer zunimmt. Hervorzuheben ist auch, dass 44,5% eine Zunahme längerfristiger Erkrankungen beobachten. Dies sind in der Summe alarmierende Signale, die auf eine kritische Entwicklung hindeuten.

Dabei fällt auf, dass in der Bewertung erhebliche Unterschiede existieren zwischen den Stationen, in denen eine Pflegefachkraft zwei Patienten betreut, und den Stationen, in denen eine Pflegefachkraft drei Patienten betreut⁴⁴. Die nachfolgende Grafik zeigt in der Differenzierung die Unterschiede auf. Beschrieben werden die Angaben zum Punkt „gestiegen“.

In allen Punkten unterscheiden sich die beiden Gruppen um höhere Angaben von 10% bis 17,8%. Dies sind deutliche Unterschiede, die vermuten lassen, dass es einen systematischen Zusammenhang zwischen den erfassten Belastungsindikatoren und der Personalausstattung gibt.

⁴⁴ Diese beiden Gruppen sind ähnlich groß, sodass Unterschiede der Bewertung nicht durch die Unterschiede der Gruppengröße erklärt werden können..

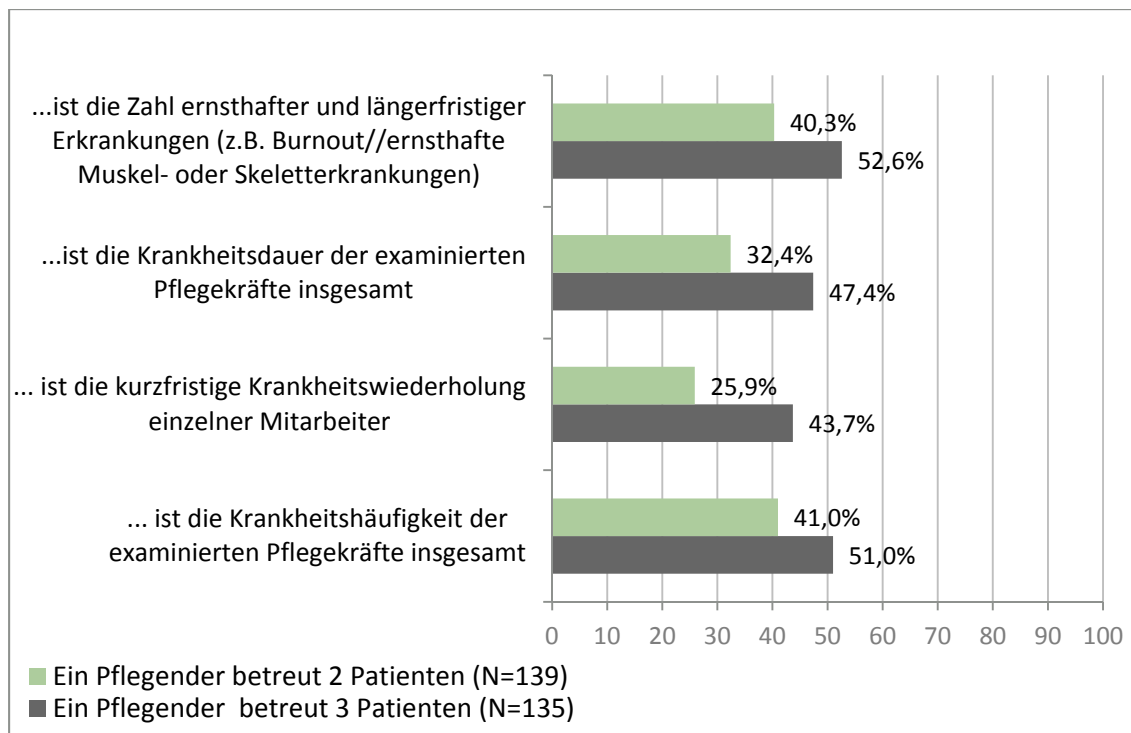


Abbildung 33: Einschätzungen zu Belastungsindikatoren in Prozent differenziert

Die Einschätzungen zeigen, dass es wichtig ist, die Belastungsindikatoren in den Einrichtungen systematisch und auf Basis realer Kennzahlen zu erheben. Sie können Hinweise auf eine Überlastung geben. Bislang werden nicht überall und systematisch Daten dieser Art erhoben, sodass keine Abfrage der Kennzahlen selbst erfolgen konnte.

Belastungen bilden sich nicht nur auf der Ebene somatischer Erkrankungen ab. Unterhalb dieser Ebene sind weitere Kennzeichen relevant, wie die Sicherstellung der Pausenzeiten oder aber die Möglichkeit, geplante Freizeiten auch zur Regeneration nutzen zu können und ein Einspringen der Mitarbeiter möglichst zu reduzieren. Dies sind Hinweise auf betriebliche Belastungsindikatoren, die ggf. durch geeignete Steuerungen und Gegenmaßnahmen ausgeglichen werden können. In der Folge werden die Einschätzungen zu den betrieblichen Belastungsindikatoren vorgestellt.

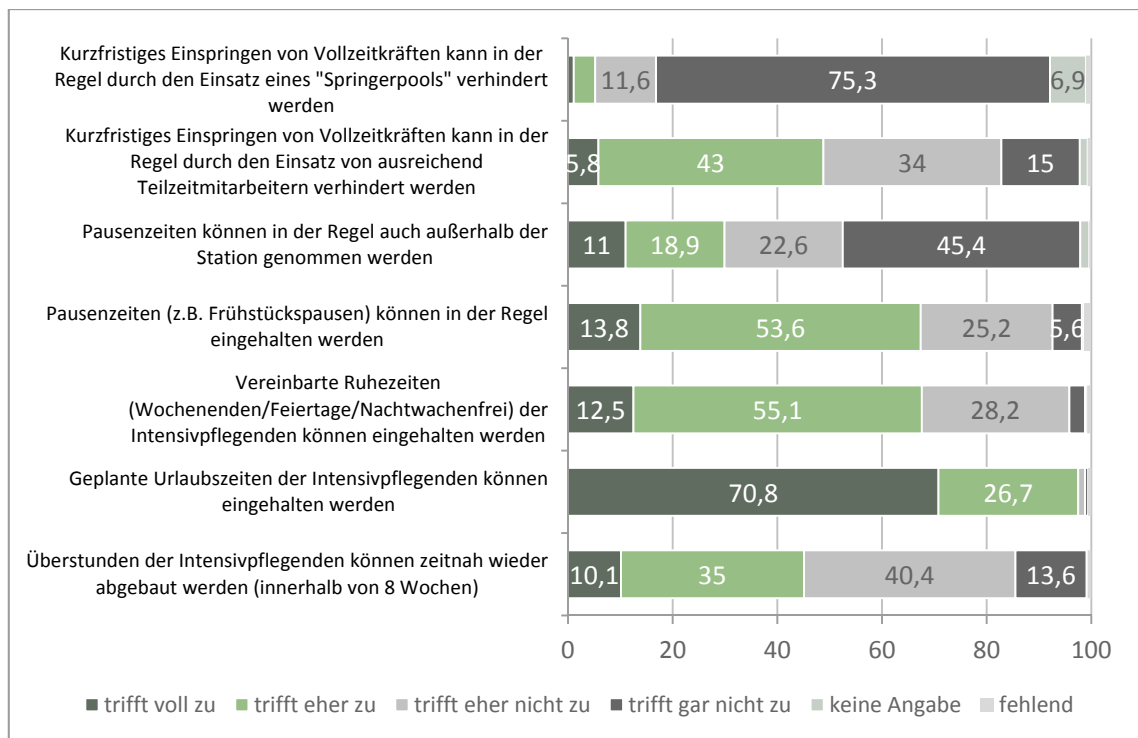


Abbildung 34: Einschätzungen zu betrieblichen Belastungsindikatoren in Prozent

Als zentrale Probleme in der Beschreibung betrieblicher Belastungsindikatoren können die folgenden Aspekte beschrieben werden: Nur in weniger als jeder dritten Einrichtung (29,9%) können die Pausenzeiten in der Regel auch außerhalb der Station genommen werden. Damit sind Pausenunterbrechungen prinzipiell eher möglich als wenn eine vollständige Abwesenheit (z.B. Frühstück in der Cafeteria) ermöglicht wird. In fast jeder dritten Intensivstation (30,8%) können die Pausenzeiten nicht regelmäßig eingehalten werden. Mehr als jede vierte Einrichtung (28,6%) gibt an, dass vereinbarte Ruhezeiten (z.B. an Wochenenden / Nachtwachenfrei) nicht eingehalten werden können. Das korrespondiert mit der Angabe von 48% der Einrichtungen, dass ein kurzfristiges Einspringen nicht durch ausreichend Teilzeitmitarbeiter verhindert werden kann. „Springerpoolösungen“, die kurzfristig eingesetzt werden können, sind so gut wie nicht vorhanden. Weniger als die Hälfte der befragten Leitungen (45,1%) gibt an, dass Überstunden innerhalb von acht Wochen abgebaut werden können.

Als wesentlicher Entlastungsaspekt kann beschrieben werden, dass vereinbarte Urlaubszeiten in den Einrichtungen in einem sehr hohen Maße sichergestellt werden können.

Betrachtet man zu diesen Aspekten eine Differenzierung im Antwortverhalten nach Betreuungsrelationen, so ergeben sich die folgenden Hinweise:

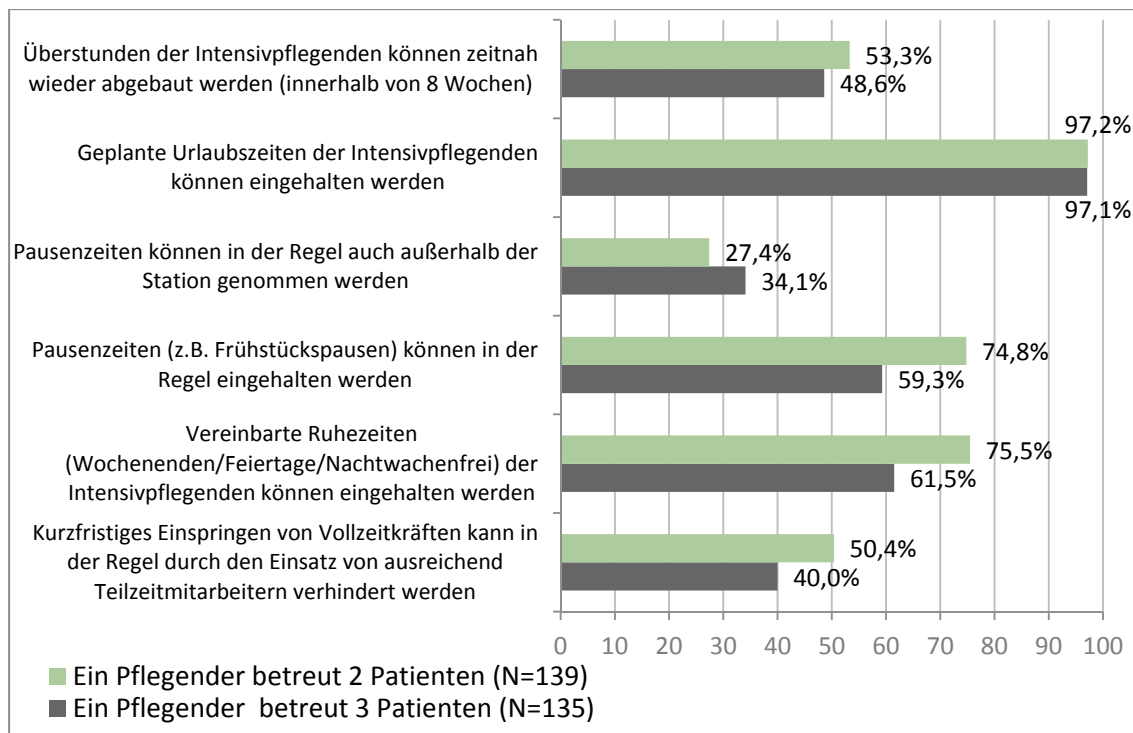


Abbildung 35: Einschätzungen zu betrieblichen Belastungsindikatoren in Prozent differenziert

Zusammengefasst wurden in dieser Grafik die beiden Kategorien der Zustimmung (trifft voll zu / trifft eher zu). Relevante Unterschiede zeigen sich in erster Linie bei der Frage, ob Pausenzeiten eingehalten werden. Ebenso ergeben sich erhebliche Unterschiede in der Bewertung zur Einhaltung vereinbarter Ruhezeiten und beim Aspekt des Einspringens. Die Sicherstellung der Urlaubszeiten zeigt keine Unterschiede zwischen den Stationen, in denen eine Pflegefachkraft zwei oder drei Patienten im Frühdienst betreut. Ebenso sind nur geringfügige Unterschiede bei der Frage nach dem zeitnahen Abbau von Überstunden zu erkennen.

Die Daten lassen darauf schließen, dass zwar Unterschiede in der Ausprägung der betrieblichen Belastungsindikatoren bestehen, dass aber die Gesamtproblematik eher struktureller Art zu sein scheint und auch die Intensivstationen betrifft, die eine bessere Betreuungsquote für Pflegefachkräfte (geringere Anzahl zu betreuender Patienten pro Pflegefachkraft) aufweisen.

9. Personalbemessung, Budgetierung und Anreizsysteme

Die Ausstattung der Intensivstationen ist auch eine Frage der Budgetierung und der Zuteilung von Personalbudgets für die Stationen. Im folgenden Kapitel werden Ergebnisse zur Budgetierung und zu strukturellen Einschätzungen sowie zur Tarifierung vorgestellt.

9.1 Einschätzungen zur Personalbemessung

In einer ersten Frage wurden die Leitungen gebeten anzugeben, auf welcher Basis Kennziffern auf der Station erhoben werden, die für eine Personalbemessung und Berechnung eingesetzt werden. Die Angaben wurden als Mehrfachantwort erfragt, da vielfach unterschiedliche Verfahren zugleich eingesetzt werden.

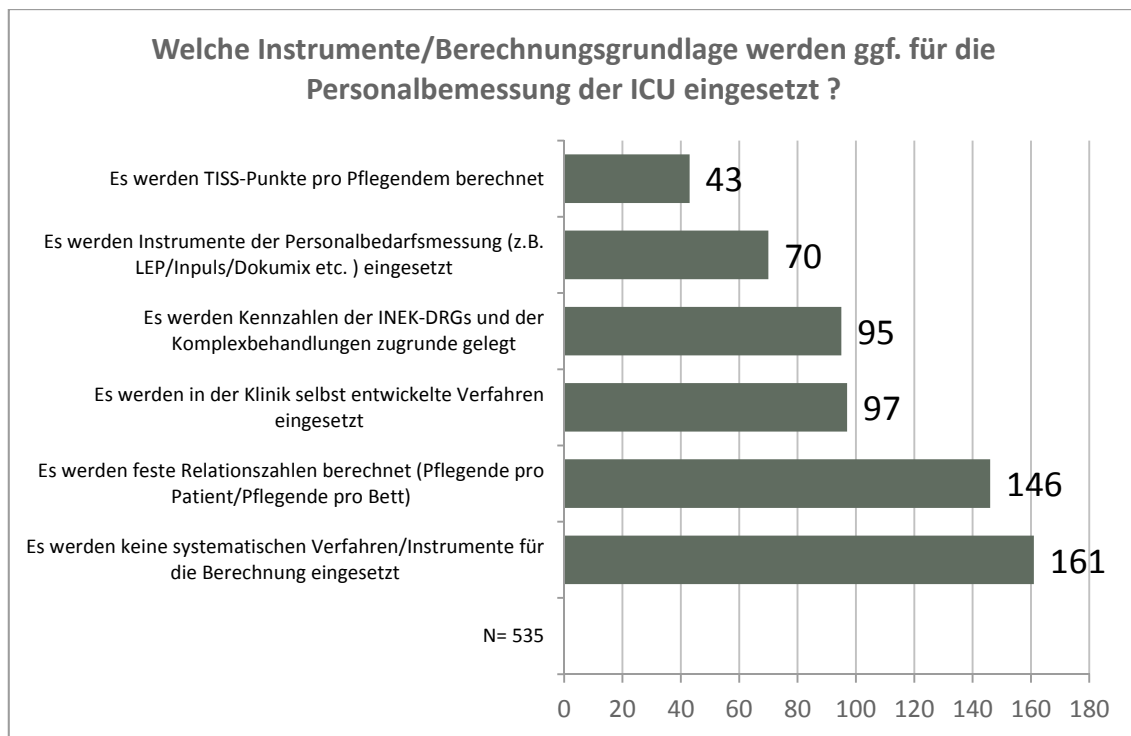


Abbildung 36: Personalbemessungsinstrumente in Absolutangaben

Die Auswertung zeigt, dass der überwiegende Teil der Stationsleitungen keines der aufgeführten Instrumente identifizierte. Die meiste Zustimmung erfolgte zu dem Punkt „Es werden keine systematischen Verfahren/ Instrumente für die Berechnung eingesetzt“. Hier gaben 161 Leitungen an, dass dies der Fall sei. Das entspricht jedoch lediglich 30,1% der Gesamtgruppe. Auch der an zweiter Stelle genannte Aspekt, die Berechnung auf Basis von Relationszahlen, wurde nur von 27,3% der Leitungen angegeben. Im Intensivbereich werden die intensivmedizinischen Komplexbehandlungen auf der Basis der Daten des TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) abgerechnet. Dieses wird nur in geringem Umfang (8%) mit Personalkennzahlen der Pflege in den Zusammenhang gestellt und als Berechnungsgrundlage eingesetzt.

Es stellt sich vor dem Hintergrund der Beschreibung, dass nur in geringem Umfang systematische Instrumente zur Budgetierung der Pflegekräfte eingesetzt werden, die Frage, wie die Leitungen ihre Personalstellenbesetzung berechnen bzw. wie ihnen ein Budget zugeteilt wird.

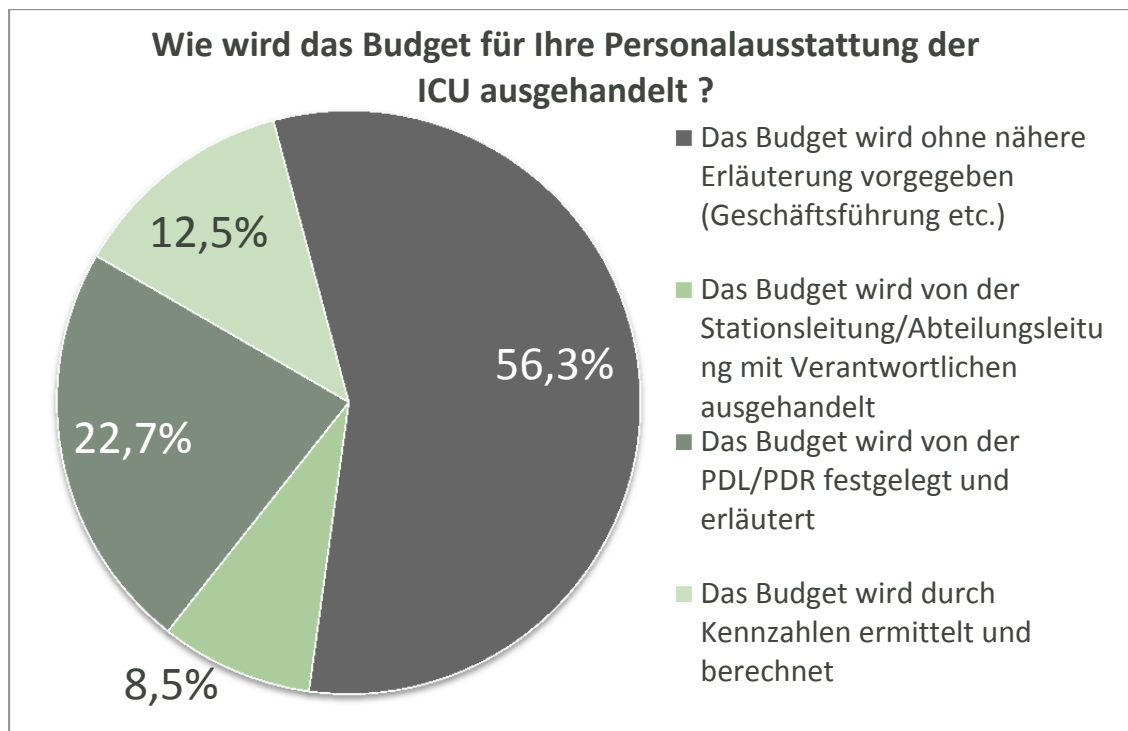


Abbildung 37: Personalbudgetierungsverfahren in Prozent

Die Auswertung zeigt, dass mehr als die Hälfte der befragten Leitungen das Budget zur Personalausstattung ohne nähere Erläuterungen zugeteilt bekommt. Dies korrespondiert mit den oben beschriebenen eher gering ausgeprägten rationalen Verteilungsverfahren. Weitere 22,7% geben an, dass das Budget zugeteilt und erläutert wird.

In der Summe kann aus den beiden Befragungen festgestellt werden, dass die Personalausstattung nur in geringem Umfang transparent und nachvollziehbar erfolgt. Berechnungsgrundlagen fehlen überwiegend und eine Mitsprache der Leitungen kann dementsprechend nur in geringem Maße festgestellt werden.

9.2 Einschätzungen zur Entlohnung

Vor dem Hintergrund einer größeren Konkurrenz um qualifizierte Mitarbeiter stellt sich die Frage, ob es konkrete finanzielle Anreizsysteme gibt, um Pflegefachkräfte in der eigenen Klinik zu halten oder sie an den Erlösen, die durch eine Leistungssteigerung erzielt werden, zu beteiligen.

Die nachfolgenden Auswertungen zeigen, dass Anreizsysteme und Möglichkeiten einer außertariflichen Entlohnung oder einer Tarifizulage nur in sehr begrenztem Umfang existieren. 94% der Befragten geben an, dass die Entlohnung ausschließlich oder überwiegend tariflich erfolgt. Zulagen aufgrund einer Zusatzqualifizierung werden bei weniger als 10% der Stationen gewährt.

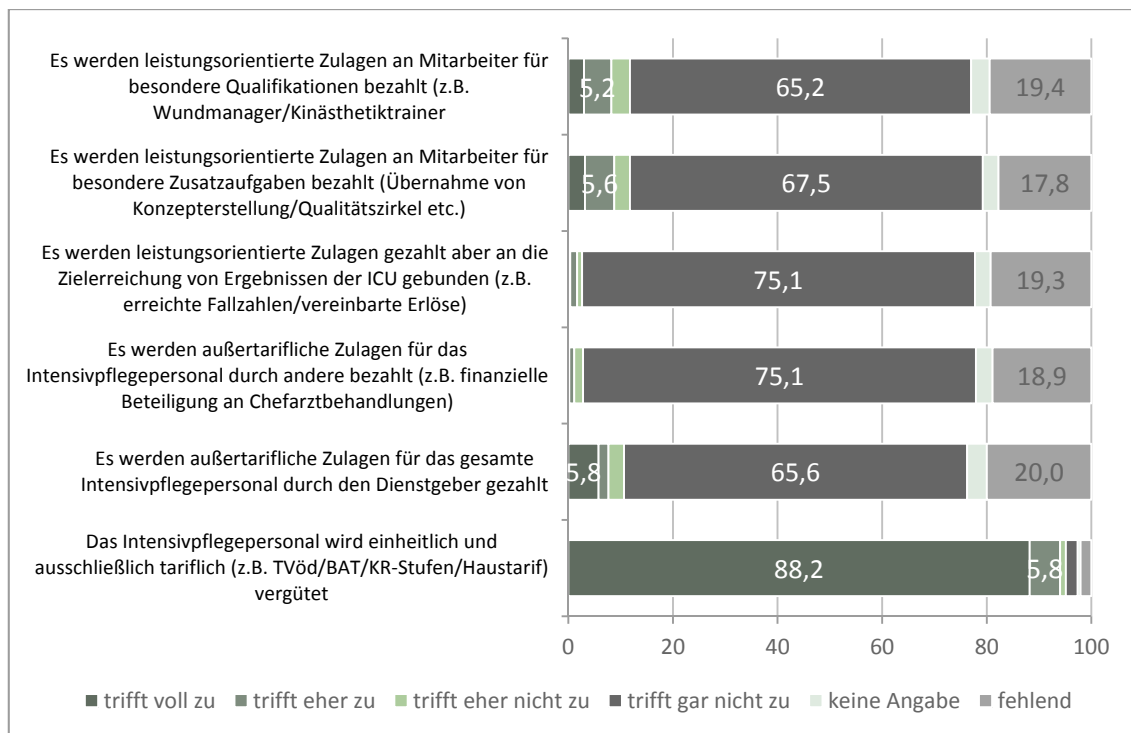


Abbildung 38: Tarifliche und außertarifliche Entlohnungen in Prozent

Die Auswertungen verweisen auf ein grundsätzliches Problemfeld in der pflegerischen Bezahlung: Zusatzqualifikationen zu erwerben oder in besonderem Maße durch die Übernahme zusätzlicher Aufgaben Engagement zu zeigen, zahlt sich tariflich überwiegend nicht aus. Eine leistungsorientierte Vergütung ist kaum zu erkennen. Die Qualifizierung und vertikale Karriere (durch Spezialisierung) folgt vor diesem Hintergrund eher einem individuellen und fachlichen Interesse.

Anreizsysteme können auch außerhalb des tariflichen Bereichs entstehen und gewährt werden. So können z.B. die Teilnahme an Kongressen oder an geförderten Weiterbildungen Teil eines Anreizsystems sein. Auch können inhaltlich interessante Aspekte der Arbeit Anreize bieten, wie z.B. die Teilnahme an Studien oder aber das Erproben neuer Konzepte und Produkte. Die folgende Grafik zeigt die Einschätzungen zu diesen Aspekten.

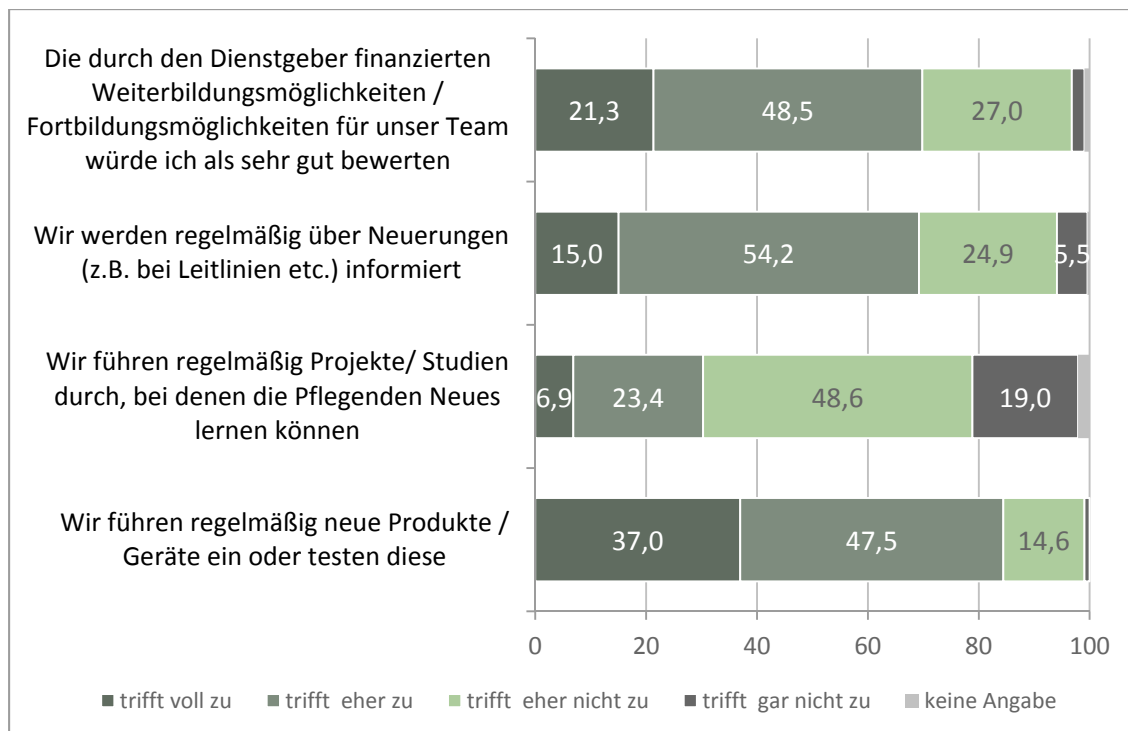


Abbildung 39: Außertarifliche Anreize in Prozent

Hier zeigen sich überwiegend hohe Zustimmungen zu den genannten Aspekten. Fast zwei von drei der befragten Leitungen (60,8%) geben an, dass sie die vom Dienstgeber finanzierten Weiterbildungsmöglichkeiten als sehr gut bewerten. Auch scheinen die Intensivstationen bemüht zu sein, sich auf dem aktuellen Stand der Fachlichkeit zu halten und setzen vielfach Leitlinien ein oder informieren über Neuerungen in Behandlungsfragen. Geringer ausgeprägt ist hingegen der Aspekt der pflegerischen Innovation. Dies wird nur von 30,3% zustimmend beantwortet. Neue Produkte und Geräte werden regelmäßig eingeführt.

10. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Arbeit auf der Intensivstation ist in hohem Maße geprägt von einer engen Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereich. Ferner sind enge Kooperationen mit anderen Stationen und Funktionsbereichen bestimmend für das betriebliche Klima und die Zusammenarbeit.

In diesem Fragenkomplex sollten die Leitungen die Kooperation mit unterschiedlichen Akteuren im Krankenhaus in Form von Schulnoten bewerten. Die Bedeutung der interdisziplinären Kommunikation sowie die Barrieren der Kommunikation werden auch in internationalen Studien diskutiert⁴⁵. Dabei werden einer guten Kommunikation auf der Station in der Wirkung sogar bessere Patientenergebnisse zugeschrieben⁴⁶.

Die Bewertungen zeigen, dass die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen und anderen Personengruppen überwiegend im guten und sehr guten Bereich eingeschätzt

⁴⁵ Reader et al. 2007

⁴⁶ Wheelan et al. 2003

wird. Dabei sticht hervor, dass die Teamarbeit von 88,1% mit sehr gut oder gut bewertet wird.

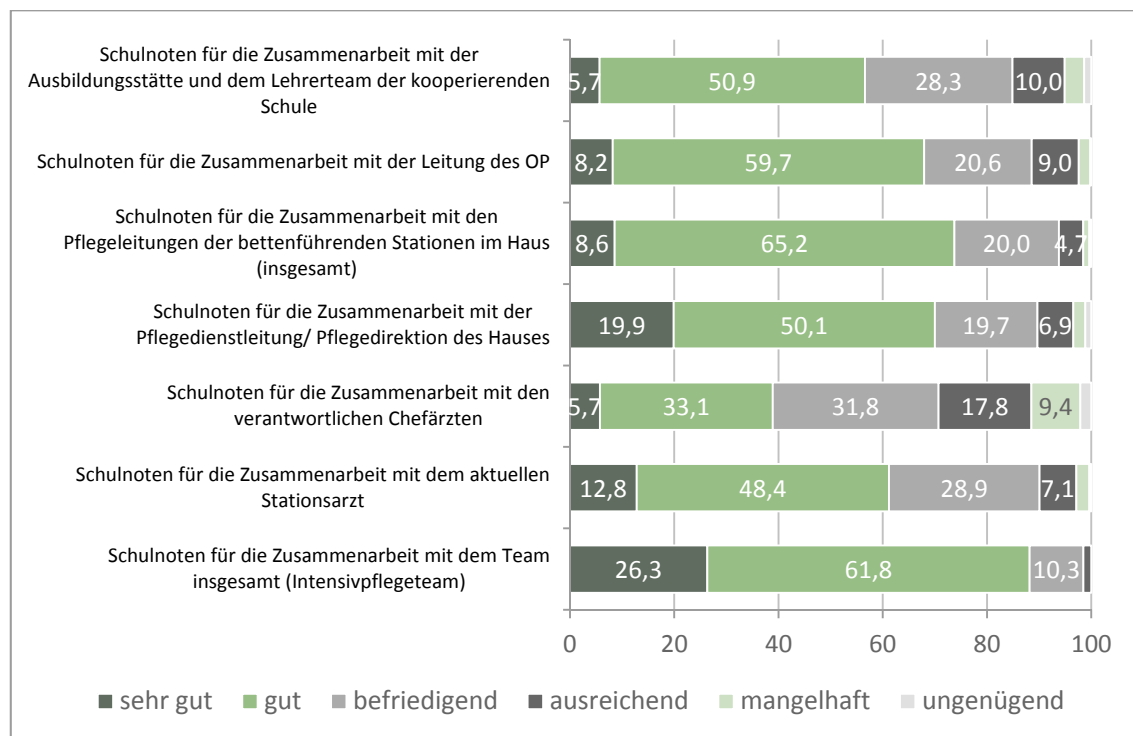


Abbildung 40: Einschätzungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit nach Schulnoten in Prozent

Bezogen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Ärzten zeigen sich etwas schlechtere Werte gegenüber denen mit anderen Pflegefachkräften oder aber der kooperierenden Schule. Jedoch wird die Zusammenarbeit mit den aktuellen Stationsärzten von 61,2% als sehr gut oder gut bewertet. Schlechte Noten liegen hier nicht bzw. in sehr geringer Ausprägung vor.

Die Zusammenarbeit mit den Chefärzten wird kritischer beurteilt. Hier sind es nur noch 38,8%, die sehr gute oder gute Noten geben. Mehr als jede vierte Leitung (27,2%) in der Stichprobe beurteilt die interdisziplinäre Zusammenarbeit nur mit einem ausreichend (17,8%) bzw. mit einem mangelhaft (7,1%). Gründe für die Bewertungen oder einzelne Aspekte wurden in dem Fragebogen nicht erhoben, sodass sich keine Aussagen darüber ergeben, wie diese unterschiedlichen Werte zustande kommen.

11. Verantwortungs- und Leistungsbereiche der Pflegefachkräfte

Pflegefachkräfte arbeiten auf der Intensivstation in einem hohen Verantwortungsbereich. Die folgenden Auswertungen zeigen, dass sie nicht nur verantwortliche und therapierelevante Leistungen erbringen, sondern, dass sie diese in einem hohen Maße auch eigenverantwortlich erbringen. Dieser Aspekt ist vor dem Hintergrund der Diskussionen um die Übernahme ärztlicher Leistungen durch Pflege zu diskutieren.

10.1 Einschätzungen zur Einflussnahme auf Entscheidungen

Die folgende Grafik zeigt die Selbsteinschätzung der Leitungen bezüglich der Mitbestimmung der Pflegefachkräfte bei medizinisch-pflegerischen Entscheidungen auf der Intensivstation.

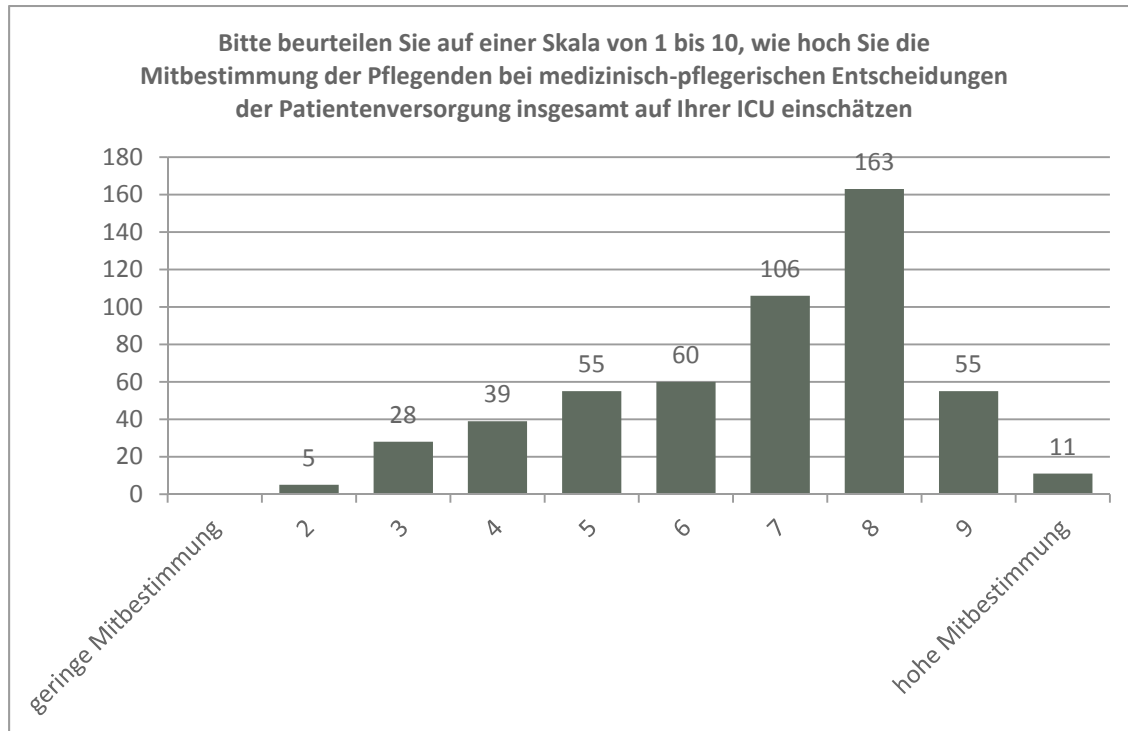


Abbildung 41: Einschätzungen zur Mitbestimmung in Absolutangaben

Die Grafik (N=522) verdeutlicht, dass die Mitbestimmung insgesamt in einem eher höheren Bereich eingeschätzt wird. Nur 24,3% (gültige Prozente) geben einen unteren bis mittleren Wert (5) an. Die größte Ausprägung (31,2% der gültigen Prozente) gibt den Wert 8 an.

10.2 Einschätzungen zu interdisziplinären Verantwortlichkeitsbereichen

In den vergangenen Jahren sind vielfältige Diskussionen um eine Neuausrichtung der Arbeits- und Verantwortungsbereiche der Pflege geführt worden^{47 48}. Die Frage nach Veränderungen des Leistungsspektrums und/oder einer Leistungsentlastung von Pflegefachkräften im Krankenhaus wird seit vielen Jahren in Gutachten und Vorschlagslisten erörtert^{49 50}. Nicht zuletzt hat die im März beschlossene Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege die Debatte weiter beflügelt. Gleichwohl hier keine Projekte für die Intensivpflege vorgesehen sind und von Experten attestiert wird, dass es sich um erste Schritt-

⁴⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007

⁴⁸ Stemmer 2008

⁴⁹ Blum 2003

⁵⁰ Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken

te handelt, ist von einer insgesamt großen Wirkung auf die Pflegearbeit der Zukunft auszugehen⁵¹.

Die hohe Einschätzung der Mitbestimmung durch Pflegefachkräfte korrespondiert mit den Antworten zur Frage, wer hinsichtlich der Beatmung relevante Entscheidungen trifft. Den Auswertungen zufolge zeigt sich, dass alle Bereiche der Beatmungssteuerung und der Beatmungstherapie überwiegend gemeinschaftlich entschieden werden.

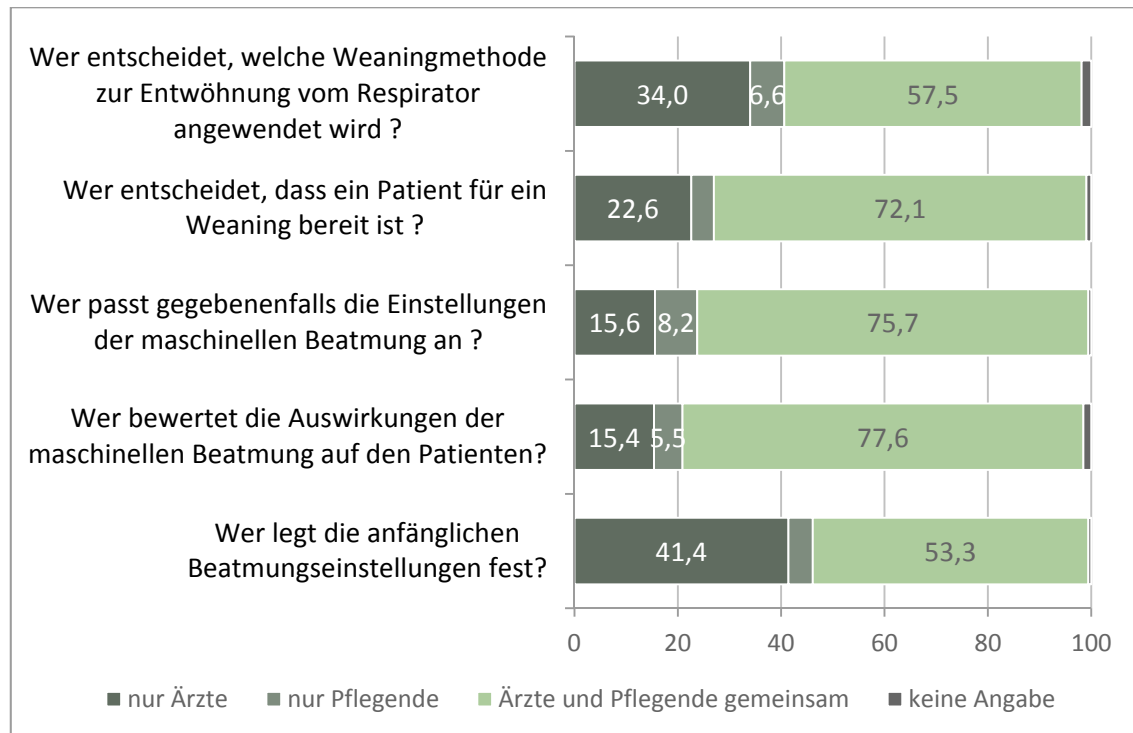


Abbildung 42: Einschätzungen zur Entscheidung über Beatmungsfragen in Prozent

Die Auswertungen zeigen in der näheren Analyse, dass lediglich die Bereiche der Entscheidung, welche Weaningmethode zur Entwöhnung vom Respirator eingesetzt wird und die Einstellung der anfänglichen Beatmungsparameter stärker ärztlich dominiert sind. Jedoch stehen sich auch bei diesen Aspekten mit über 50% jeweils größere Gruppen gegenüber, die dies als gemeinschaftliche und interdisziplinäre Aufgabe beschreiben. Die Anpassungen der maschinellen Beatmung und die Bewertung der Auswirkungen auf den Patienten werden ebenfalls bei drei von vier Leitungen als interdisziplinäre Leistung beschrieben.

In der klinischen Realität der Intensivstationen sind die Aufgabenbereiche fließend und es lassen sich komplexe und klinische Maßnahmen und Bewertungen nicht mehr einer Berufsgruppe alleine zuordnen. Dies zeigt auch der zweite Fragenkomplex zur Entscheidung und Durchführung relevanter klinischer Prozesse.

⁵¹ Hunt und Hagen 1998

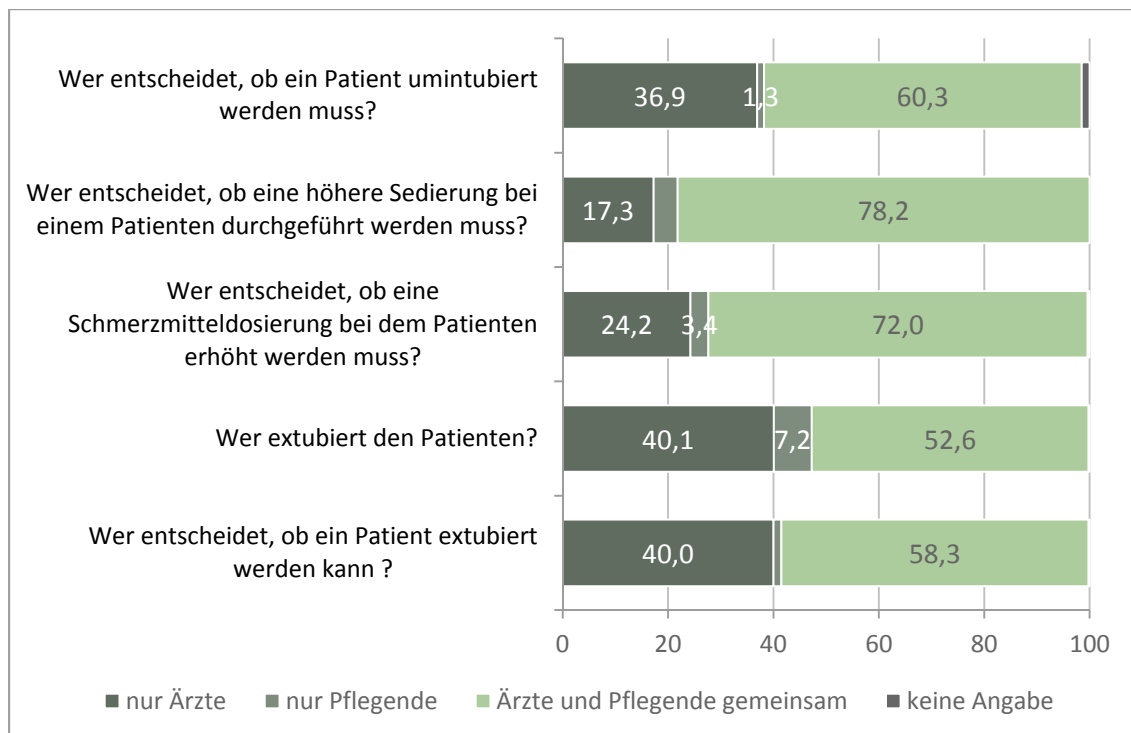


Abbildung 43: Einschätzungen zur Entscheidung und Durchführung von Therapieentscheidungen in Prozent

Fragen der Sedierung und der Schmerzmitteldosierung werden überwiegend von Ärzten und Pflegefachkräften gemeinsam vorgenommen. Selbst die Extubation von Patienten ist keine rein ärztliche Tätigkeit. Es lassen sich weitere Aspekte der kooperativen und auch eigenständigen Arbeit von Pflegenden aufzeigen.

10.3 Einschätzungen zu autonom ausgeübten Leistungen

In einem weiteren Fragenblock wurde erhoben, welche Maßnahmen von Pflegefachkräften autonom und ohne vorherige Absprache mit einem Arzt eingeleitet und durchgeführt werden.

Die eigenverantwortliche Übernahme der Regulierung der Insulingabe (85,8%), die kurzzeitige Regulierung von Katecholaminen oder kardiowirksamen Medikamenten (84,7%) oder der Sedierung (90,8%) zeigen die in der Realität zu beobachtende hohe Selbstständigkeit der Pflegefachkräften auf Intensivstationen. Für die Übernahme dieser Leistungen ist ein profundes Hintergrundwissen entscheidend, um die Folgen der Regulierung abschätzen zu können. Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach einer ausreichenden Anzahl an Fachpflegenden, um entsprechende fachliche Standards umzusetzen, begründet.

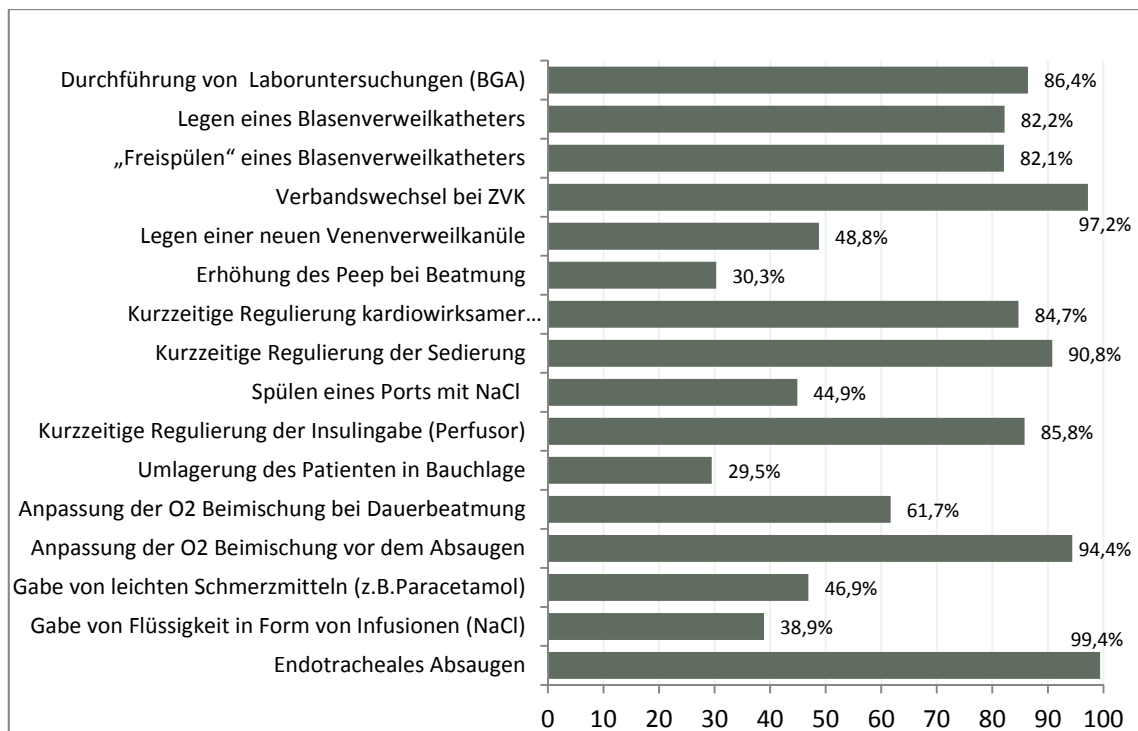


Abbildung 44: Einschätzungen zur eigenverantwortlichen Therapieführung durch Pflegenden in Prozent

Diese hohen Werte bei allen Aspekten des Leitungsgeschehens zeigen auf, dass die klinische Realität eine andere ist, als sie sich aus Positionspapieren z.B. des Marburger Bundes erahnen lässt, wo delegationsfähige Leistungen durch Pflegefachkräfte als „Einzelfälle“ deklariert werden oder therapeutische Maßnahmen und medikamentöse Maßnahmen für die Pflege eher ausgeschlossen werden⁵².

Diese Diskussionen ignorieren eine seit Jahren in den Kliniken gelebte Realität im Versorgungsalltag. Die Übernahme der Leistungen folgt keinem Selbstzweck. Sie stellt auch keine Überschreitung der Kompetenzen dar, um eine berufliche Aufwertung zu erfahren – sie dient der Kontinuität und Stabilisierung der medizinisch-pflegerischen Therapie schwerstkranker Patienten. Die Übernahme von medizinischen Entscheidungen und Leistungen durch Pflegefachkräfte auf Intensivstationen ist offenkundig notwendig, um den laufenden Betrieb der Stationen aufrechterhalten zu können. In einer gruppenspezifischen Auswertung im Pflege-Thermometer 2009 konnte für 1.927 Intensivpflegende festgestellt werden, dass 27,6% von ihnen angaben, häufiger oder oft keinen zuständigen Arzt erreichen zu können. Nur 24,2% schlossen dies aus⁵³. Graf et al. berichten in ihrer Studie, dass ca. 60% der Intensivstationen nicht über die kontinuierliche Anwesenheit eines Arztes über 24 Stunden verfügen (on-call physician presence)⁵⁴,

Entscheidungen aber sind laufend zu treffen und die Veränderungen des Patientenzustandes erfordern umgehendes Handeln. Den diensthabenden Arzt bei einer kurzzeitigen Unruhe des Patienten, einer Abweichung in erhobenen klinischen Werten (z.B.

⁵² Marburger Bund 2009

⁵³ Isfort 2010

⁵⁴ Graf et al. 2010

Blutzuckeranstieg) von der Norm oder bei Instabilität eines Patienten zu rufen und auf die Einleitung einer notwendigen medikamentösen oder therapeutischen Maßnahme zu warten, ist im klinischen Alltag weder möglich noch sinnvoll. Die Übernahme (auch der medikamentösen Therapiesteuerung etc.) ist ohne die Arbeit und Übernahme der Verantwortung durch die Fachpflegenden offensichtlich nicht zu stabilisieren. Sie lässt sich aktuell nicht ohne eine nachhaltige Veränderung der Besetzung der Intensivstationen mit einem dauerhaft anwesenden Arzt erzielen.

Diese klinische Realität wird insgesamt noch zu wenig diskutiert und bedarf auch der erweiterten haftungsrechtlichen Diskussion gegenüber den Beschäftigten⁵⁵.

12. Patientensicherheit auf Intensivstationen

Betrachtet man das große Handlungsspektrum der Pflegefachkräfte und den zunehmenden Druck, der auf dem Personal lastet, so stellt sich die Frage, welche Auswirkungen eine insgesamt niedrige Personalausstattung auf die Patientensicherheit hat. Es bedarf einer systematischen und kontinuierlichen Beobachtung dieses wichtigen Versorgungsaspektes. Studien z.B. aus der Schweiz zeigen für die Vergangenheit auf, dass die Komplexität der Behandlungen zunimmt und sich ein anderes Spektrum bei den zu behandelnden Patienten ergibt⁵⁶, und dokumentieren die Ergebnisse einer Rationierung⁵⁷. In der Gesamtschau der Daten im Gesundheitswesen in Deutschland fällt auf, dass konkrete Zahlen zur Personalausstattung, zur Fachqualifikation der Beschäftigten und zu Versorgungsaspekten oder Ergebnissen der Patientenversorgung fehlen. Gleichmaßen fehlen Angaben zu pflegesensitiven Qualitätskriterien, die in den Zusammenhang zur Personalausstattung gebracht werden könnten. Diese Daten werden in anderen Ländern routinemäßig erhoben und werden verwendet, um Messungen der Patientensicherheit durchzuführen und um beurteilen zu können, ob die personellen Ausstattungen hinreichend sind oder nicht^{58 59 60 61 62}.

Die Messung der Patientenergebnisse stellt eine komplexe Herausforderung an Erfassung, Berichtswesen und Dokumentationsauswertung. Ebenso ist bislang international nicht eindeutig geklärt, welche Grundlage zur Bemessung der Ausstattung verwendet werden soll. Hier können Schichtbesetzungen, Pflegestunden pro Patient oder andere Kenngrößen verwendet werden und Ergebnisse nur schwer vergleichbar machen. Einmalige Messungen von Korrelationen zwischen den Indikatoren und der Ausstattung geben noch keine hinreichenden Aufschlüsse über einen systematischen Zusammenhang oder das Fehlen eines solchen^{63 64}. Daher sind Ergebnisse unterschiedlicher Studien auch uneinheitlich in der Bewertung.

⁵⁵ Nydahl und Knück 2010

⁵⁶ Jakob und Rothen 1997

⁵⁷ Schubert et al. 2009

⁵⁸ Numata et al. 2006

⁵⁹ Esparza et al. 2012

⁶⁰ van den Heede et al. 2009

⁶¹ Kane et al. 2007

⁶² Sinopoli et al. 2007

⁶³ van den Heede et al. 2009

⁶⁴ Lucero et al. 2010

In Deutschland sind nur vereinzelt systematische Ansätze einer Qualitätsdiskussion zu beobachten, die sich auf Fallstudien und -analysen stützen⁶⁵. Ein System von Indikatoren fehlt gleichermaßen wie die Beförderung von Studien in diesem Bereich. Bereits 2006 veröffentlichte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ein Arbeitspapier zum Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung und verdeutlichte das Defizit hinsichtlich der Studienlage in Deutschland⁶⁶.

Dies kann weiterhin als ein wesentliches Manko betrachtet werden: Die Erfassungen und erhobenen Daten in den Einrichtungen hierzulande lassen keine Rückschlüsse auf Auswirkungen einer niedrigen Personalausstattung zu. Weil Auswirkungen personeller Mängel nicht sichtbar sind, werden Leistungen ausgebaut und keine Änderung der Personalausstattung herbeigeführt.

In Deutschland ist man daher weiterhin auf die „weichen“ Daten und Einschätzungen angewiesen, um patientenbezogene Probleme zu ermitteln und in der Ausprägung zu quantifizieren. Im Pflege-Thermometer 2012 wurden Fragen zur Einschätzung bezüglich der Patientensicherheit gestellt.

12.1 Allgemeine Einschätzungen zur Versorgungssicherheit

Die erste erhobene Frage ist genereller Art. Es wurde gefragt, ob die Schichtbesetzungen prinzipiell eine sichere Patientenbehandlung ermöglichen. Eindeutige Zustimmung erfährt dies nur von ca. jeder fünften Leitung der Intensivstationen (21,5%). Der überwiegende Teil der Befragten (56,4%) stimmt dem eher zu.

In der Subgruppenanalyse sind es (trifft voll zu) 28,8% der Leitungen, bei denen eine Betreuungsrelation von 1:2 vorhanden ist (N=136). Auf den Stationen mit Betreuungsrelation 1:3 sind es lediglich 14,8%, die diese Aussage zur Sicherheit voll zustimmend beantworten.

In der Bewertung dieser Aussagen kann festgestellt werden, dass in einem geringen Umfang volle Zustimmungswerte bestehen, dass aber insgesamt recht hohe Werte bestehen, wenn man die beiden Aspekte der Zustimmung (trifft voll zu / trifft eher zu) betrachtet. Hier sind es bei Stationen mit einer Relation 1:2 87,1%, bei den Stationen mit einer Relation von 1:3 sind es 74,8%.

⁶⁵ Federhen und Lenzen 2010

⁶⁶ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2006

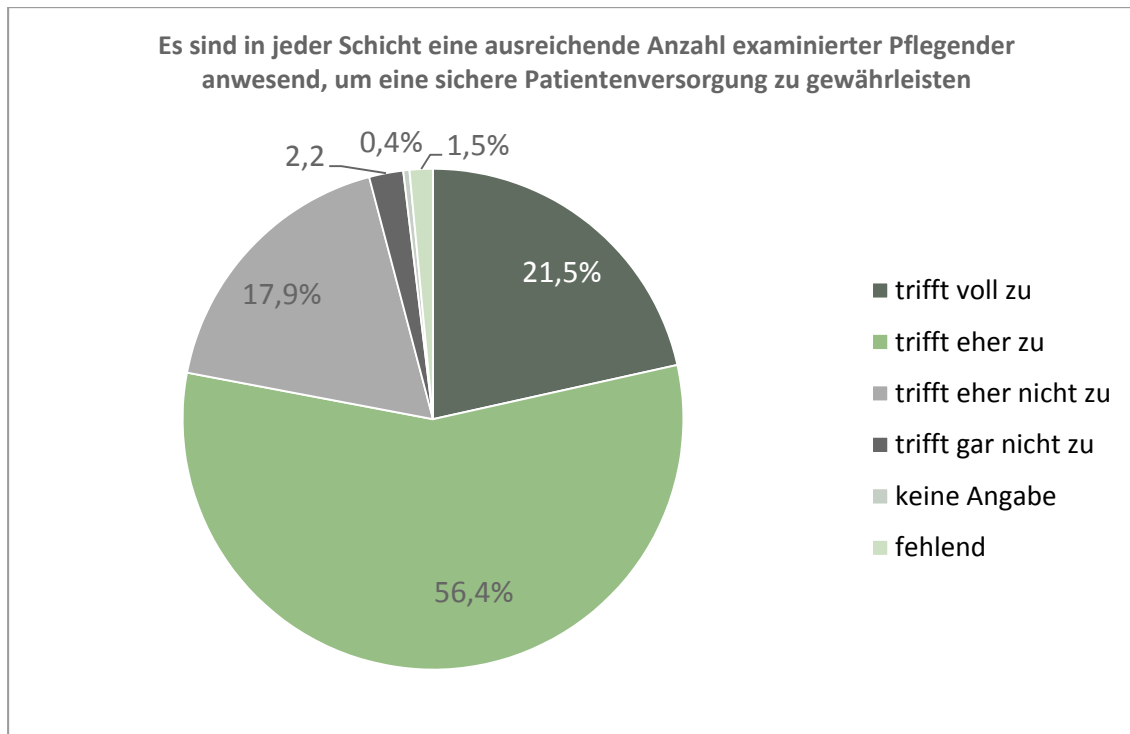


Abbildung 45: Einschätzungen zur sicheren Schichtbesetzung in Prozent

Die nachfolgende Grafik zeigt Einschätzungen zu weiteren eher allgemeinen Hinweisen zur Patientensicherheit. Ein erster Aspekt ist, dass offensichtlich nur bei einem geringen Anteil der befragten Leitungen (27,1%) klare Regeln existieren, welche Maßnahmen der Patientenversorgung bei Überlastung des Personals zunächst nicht durchgeführt werden sollen. Solche Arbeitsanweisungen können in Zeiten einer Überlastung den Einzelnen davor schützen, diese Entscheidungen über die Rationierung von Maßnahmen selbst entscheiden zu müssen. Bereits im Jahr 2009 wurde im Rahmen des Pflege-Thermometers diese Frage erhoben, um einzuschätzen, inwieweit die Verantwortung für Rationierung durch die Einrichtung übernommen wird. 2009 antworteten 1.918 Intensivpflegende folgendermaßen: trifft voll zu = 10,5%, trifft eher zu = 25,7%.

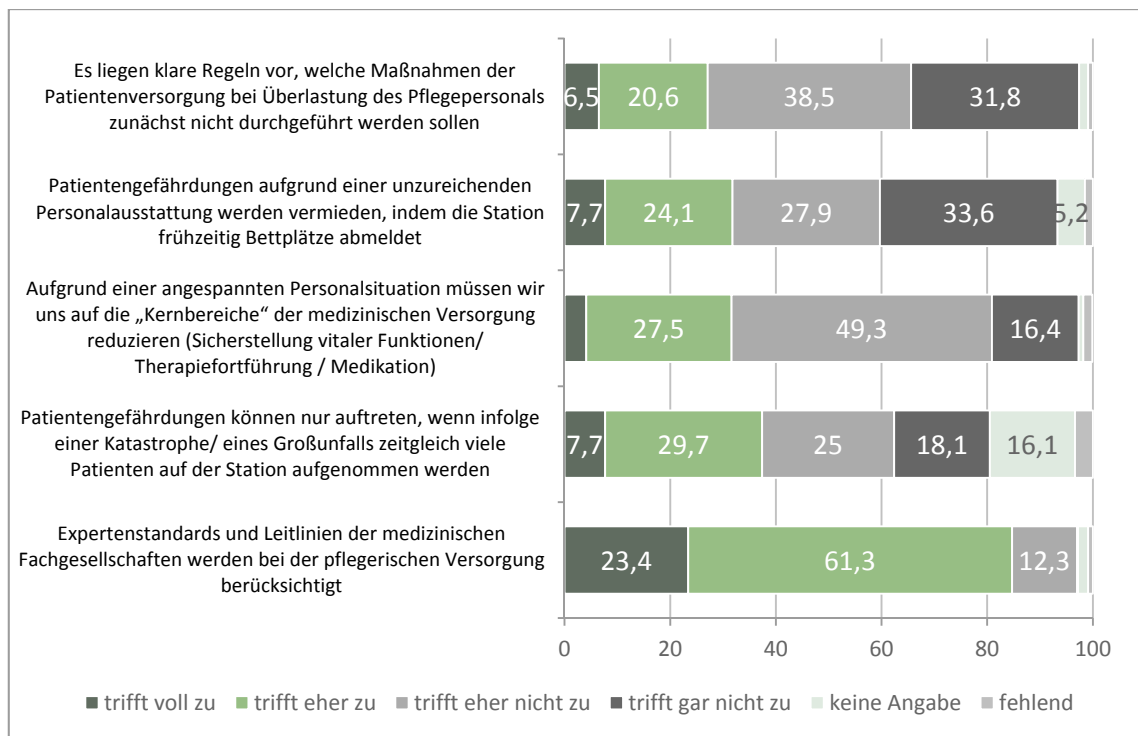


Abbildung 46: Einschätzungen zu Qualitäts- und Patientensicherheitsaspekten in Prozent

Mehr als vier von fünf befragten Leitungen (84,7%) geben an, dass sie Expertenstandards und Leitlinien der Fachgesellschaften vollumfänglich oder eher bei der pflegerischen Versorgung berücksichtigen.

Die Frage nach dem potenziellen Auftreten von Patientengefährdungen zeigt auf, dass diese grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden. 36,4% stimmen der Aussage zu, dass Patientengefährdungen nur auftreten können, wenn infolge eines Großunfalls oder einer Katastrophe zu viele Patienten zeitgleich behandelt werden müssen. Dem stehen jedoch 43,1% gegenüber, (die)nach deren Meinung diese Aussage (ablehnend bewerten)nicht zutrifft. Ebenso sind es lediglich 31,8%, die zustimmen, dass personalbedingte Patientenrisiken dadurch ausgeschlossen werden können, dass die Intensivstation frühzeitig Bettplätze abmeldet.

12.2 Einschätzungen zu aufgetretenen Versorgungsmängeln

Um zu untersuchen, welche konkreten Probleme in der Versorgung existieren, wurden mögliche Versorgungsproblematiken beschrieben. Hierbei sollte eingeschätzt werden, wie häufig diese möglichen Probleme in den letzten sieben Arbeitstagen auf der Intensivstation beobachtet wurden. Aus der Perspektive der Patientensicherheit ist bedeutsam, dass die Versorgungssituationen vollständig zu stabilisieren sind und Probleme nicht auftauchen. Dies wird in den Befragungen an der Antwortkategorie „nie“ deutlich. Der Untersuchungszeitraum von sieben Tagen wurde gewählt, weil davon auszugehen ist, dass hier ein guter Überblick existiert und die Erinnerungen an konkrete Situationen und Patienten noch frisch sind und gut eingeschätzt werden können.

Wie oft ist es in den letzten **7 Arbeitstagen** auf der ICU vorgekommen, dass...

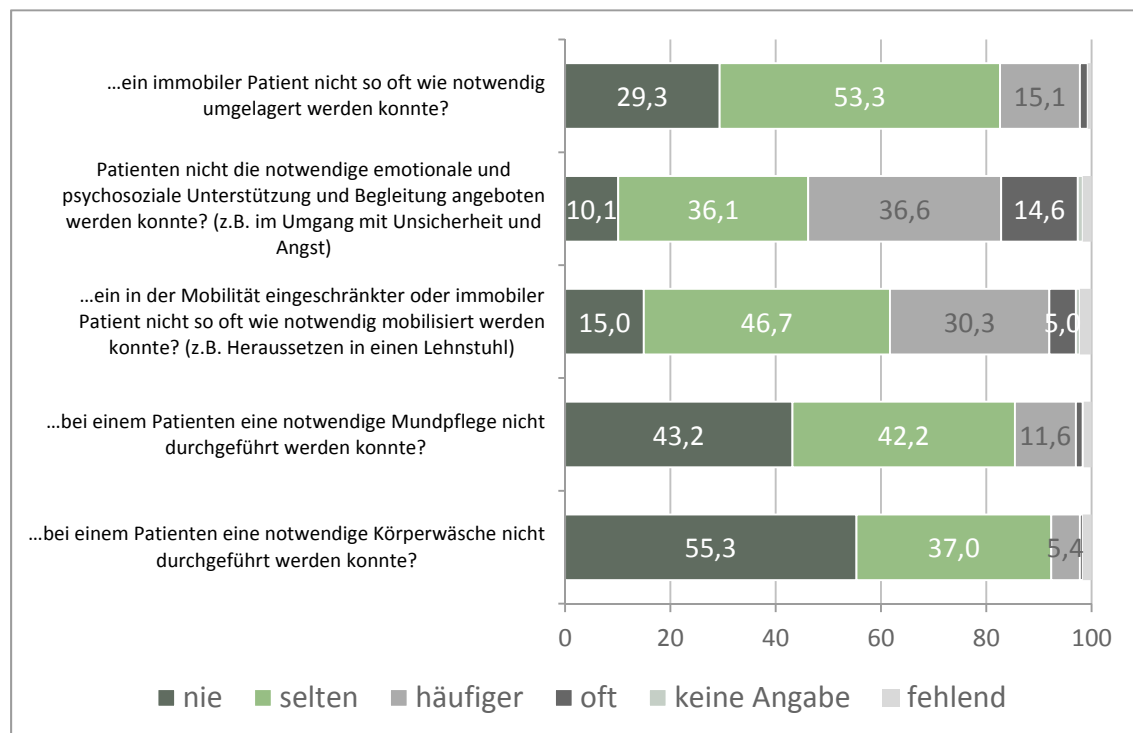


Abbildung 47: Einschätzungen zu Versorgungsmängeln 1 in Prozent

Die Aussagen zeigen, dass relevante und pflegegenuine Maßnahmen nicht mehr umfangreich sichergestellt werden können. So geben z.B. lediglich etwas mehr als die Hälfte der Befragten an (55,3%), dass eine notwendige Körperpflege immer durchgeführt werden konnte. Ähnliche Ausprägungen sind im Bereich der Mundpflege zu beobachten. Auch hier geben nur 43,2% an, dass diese nie ausgefallen ist. Besonders problematisch erweisen sich Maßnahmen der emotionalen Unterstützung und Mobilitätsmöglichkeiten. Hier sind es 51,2%, die angeben, dass diese Leistungen in den letzten sieben Arbeitstagen häufiger oder oft nicht sichergestellt werden konnten.

Diese Werte verdeutlichen, dass das Kerngeschäft der Pflege unter der Belastung auf den Stationen leidet und dass jenseits einer eher unspezifischen Sicherstellung der Schichtbesetzungen erhebliche Qualitätsprobleme bei Einzelmaßnahmen zu verzeichnen sind. Diese Angaben ziehen sich auch bei den nachfolgenden Aspekten weiter durch.

Auch in den nachfolgenden Leistungen in der konkreten Versorgung fällt auf, dass kaum Werte von über oder annähernd 50% erreicht werden können.

Hier werden vor allem Probleme bei der Sicherstellung der Nahrungsaufnahme beschrieben. 19% geben sogar an, dass eine Unterstützung häufiger (18,3%) oder oft (0,7%) nicht angemessen erfolgen kann. Selbst klinisch hoch relevante Aspekte, wie eine regelmäßige Tubuspflege, die wesentlich ist, um beatmungsinduzierte Pneumonien zu verhindern und die eines hohen Maßes an Sorgfalt bedürfen⁶⁷, oder aber fol-

⁶⁷ Hohenreger 2008

genlose Medikationsfehler können nicht ausgeschlossen werden. Medikationsfehler sind Studien zufolge keine Seltenheit auf Intensivstationen. Eine Studie zur Prävention parenteraler Medikationsfehler kommt zu dem Ergebnis, dass 74,5 Ereignisse auf 100 Patiententage gemessen werden konnten (841 Fehler bei 441 Patienten)⁶⁸. Risikoverminderung setzt eine hohe Sorgfalt der Arbeit voraus, die nicht nur, aber auch entsprechende zeitliche Ressourcen benötigt.

Wie oft ist es in den letzten **7 Arbeitstagen** auf der ICU vorgekommen, dass...

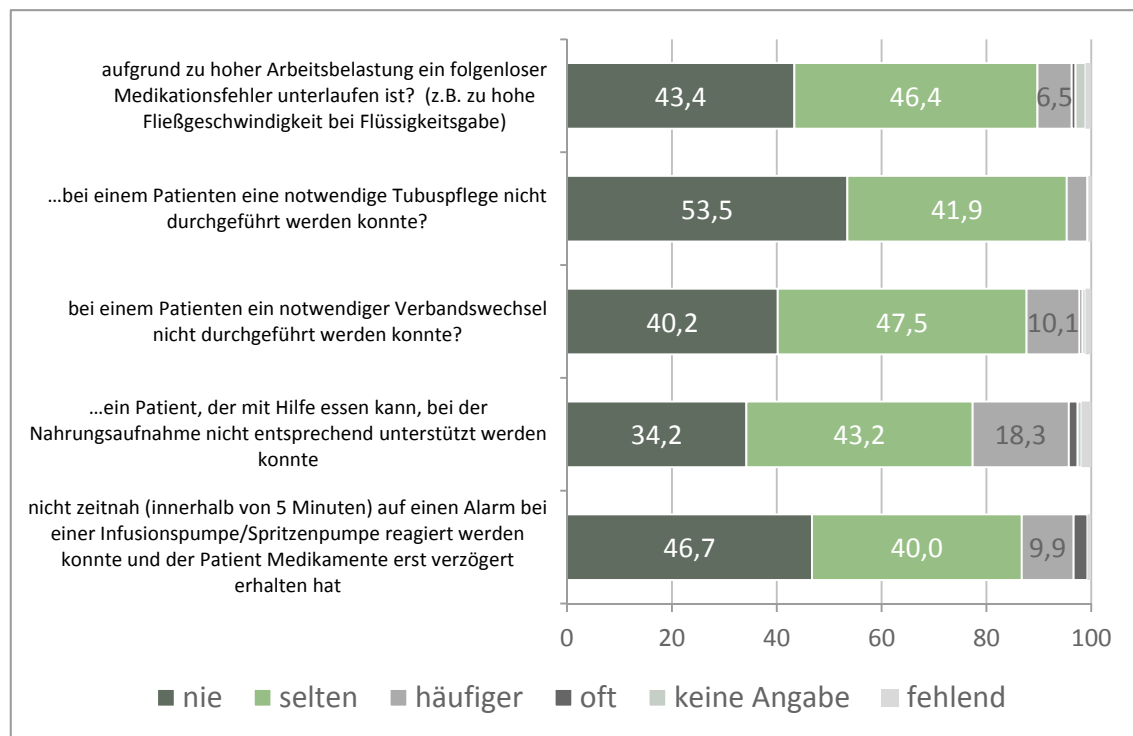


Abbildung 48: Einschätzungen zu Versorgungsmängeln 2 in Prozent

Bedeutsam ist auch die Frage nach freiheitseinschränkenden Maßnahmen auf Intensivstationen. Eine Freiheitseinschränkung, z.B. durch Fixierung der Hände, ist eine rechtlich wie persönlichkeitsbezogen hoch problematische Maßnahme, die eine absolute Ausnahme im Rahmen einer Behandlung darstellen sollte. Längerfristige und wiederkehrende Fixierungen sind nur mit einer richterlichen Genehmigung einsetzbar und können weder von Pflegefachkräften noch von Ärzten entschieden und verantwortet werden, da sie Grundrechte berühren.

Bezogen auf diesen schwerwiegenden und zentralen Aspekt der Patientenfreiheit sind es jedoch 33,5%, die angeben, dass häufiger eine Fixierung (z.B. Fixierung der Hände) vorgenommen werden musste, die bei einer anderen Personalausstattung hätte vermieden werden können. 16,8% geben hierbei sogar an, dass dies oft vorgekommen sei. Unruhige Patienten, die nach für sie störenden Fremdkörpern greifen und diese zu entfernen versuchen (z.B. Tubus, Dauerkatheter, Drainagen oder Ernährungssonden) bedürfen einer intensiven Überwachung und kontinuierlichen Betreuung. Fixierungen sind an dieser Stelle keine probaten Maßnahmen – sie sind aber offenbar auf den In-

⁶⁸ Valentin et al. 2009

tensivstationen aktuell nicht zu vermeiden, weil eine notwendige Betreuung und Einzelüberwachung nicht sichergestellt werden kann.

Es werden in der Folge auch Probleme in der Sicherstellung der Überwachung von Patienten mit einem Delir in einem erheblichen Ausmaß beschrieben. Auch hier sind es 37,9%, die angeben, dass dies häufiger oder oft in den letzten sieben Arbeitstagen nicht sichergestellt werden konnte. Am ehesten ausgeschlossen werden können folgenschwere Medikationsfehler (64,1%). Diskutiert man diesen Wert, so stellt sich aber auch hier die Frage, ob es ausreicht, wenn jede dritte Leitung beschreibt, dass dies eher selten vorkommt.

Hervorzuheben ist auch der Aspekt einer ausreichenden Einhaltung hygienischer Standards. Nur jede vierte Leitung (26,2%) gibt hier an, dass eine angemessene Händehygiene immer sichergestellt werden kann.

Einer Beobachtungsstudie zur Händehygiene auf Intensivstationen zufolge ergaben sich im Beobachtungszeitraum eines Frühdienstes über 120 Indikationen, eine Händehygiene durchzuführen⁶⁹. Es errechneten sich bei einer Berücksichtigung der Einwirkzeit der Desinfektionsmittel pro Pflegefachkraft ca. 70 Minuten Arbeitszeit, die für die Händehygiene aufgewendet werden müssten. Empfehlungen beschreiben darüber hinaus, dass das Tragen von Einmalhandschuhen (einfache Untersuchungshandschuhe) die Händedesinfektionen nicht ersetzen können oder sollen⁷⁰.

Wie oft ist es in den letzten **7 Arbeitstagen** auf der ICU vorgekommen, dass...

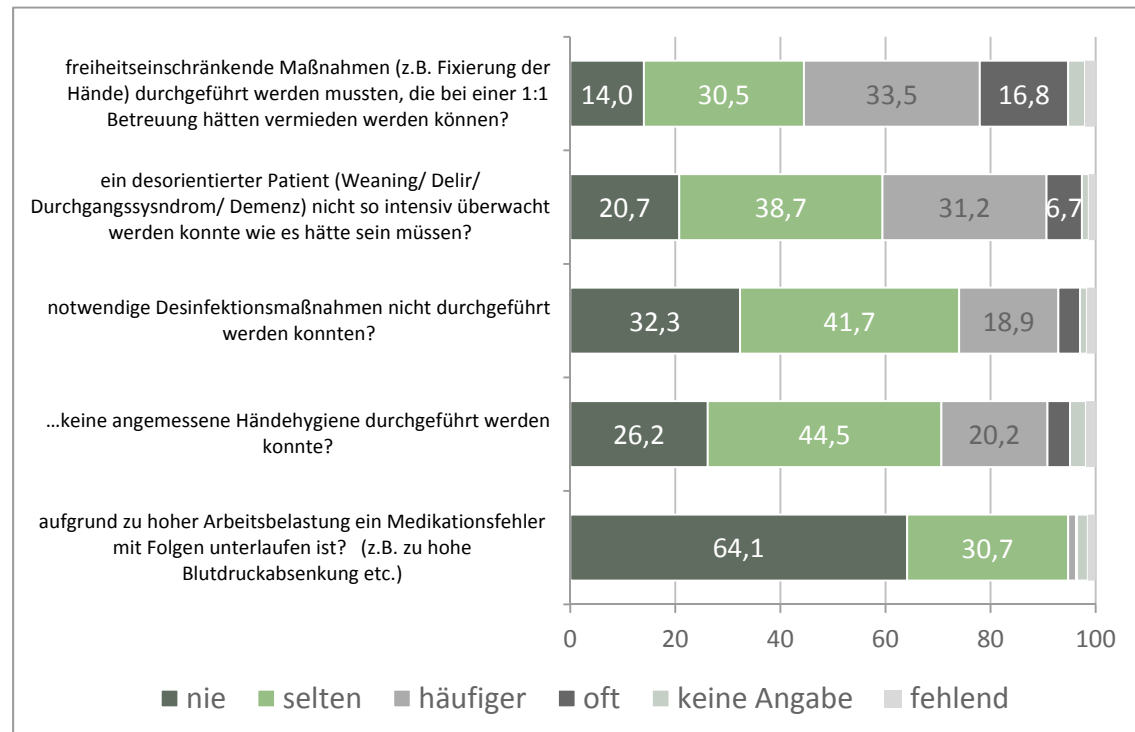


Abbildung 49: Einschätzungen zu Versorgungsmängeln 3 in Prozent

⁶⁹ Jahn et al.

⁷⁰ Scheithauer et al. 2011

Betrachtet man die zusammengefassten Punkte vor der Fragestellung, wie sich die Bereiche voneinander unterschieden, in denen unterschiedliche Betreuungsquoten für die Patienten existieren, so ergibt sich das nachfolgende Bild. Gegenübergestellt wurden die Antworten nach Gruppen mit der jeweiligen Ausprägung in der Antwortkategorie „nie“, weil dieser Indikator die vollständige Sicherstellung der einzelnen Versorgungsaspekte widerspiegelt. Die Prozentangaben wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur bei den Aspekten ausgewiesen, wo eine Abweichung von 10% oder höher vorliegt.

Bezogen auf den Aspekt der Händehygiene zeigen sich hier keine Unterschiede in der Ausprägung. Auch andere Desinfektionsmaßnahmen werden nicht unterschiedlich beschrieben.

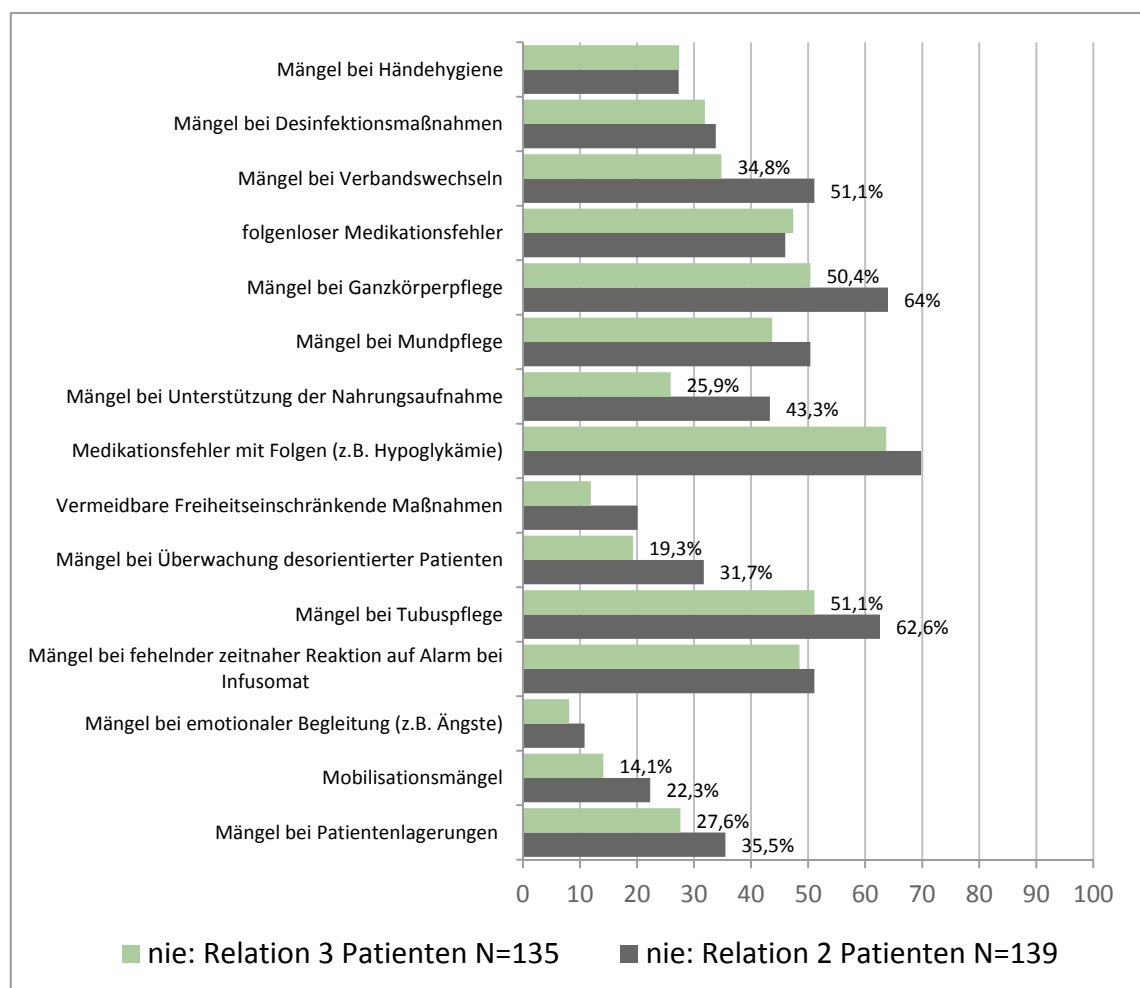


Abbildung 50: Einschätzungen zu Versorgungsmängeln in Prozent differenziert

In der Ausprägung zeigen sich jedoch bei zahlreichen Aspekten Hinweise darauf, dass die Bewertungen in der Gesamtheit deutlich schlechter ausfallen, wenn die Betreuungsquoten aus Sicht der Pflege höher sind. Gravierend deutlich wird dies exemplarisch beim Aspekt der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Hier sind es 43,3% auf den Stationen, die im Frühdienst eine 1:2-Betreuung haben, die eine Sicherstellung beschreiben. Bei den Stationen, die eine 1:3-Betreuung angeben, sind es nur 25,9%.

Auch wenn es sich bei diesen Daten um Einschätzungen und nicht um gemessene Parameter handelt, zeigen sich doch deutliche Unterschiede, die den Zusammenhang zwischen der Versorgungsmöglichkeit und der Betreuungsrelation argumentativ untermauern.

12.3 Einschätzungen zu vermeidbaren Zwischenfällen

Die vorangegangenen Fragen hatten als Beobachtungszeitraum jeweils die letzten sieben Arbeitstage. Nachfolgend wurden Angaben zum generellen Auftreten von vermeidbaren Zwischenfällen erfragt. In der Frage wurde der Zusammenhang mit einer Ausstattungsänderung verbunden, sodass sich Hinweise ergeben über Zwischenfälle, die potenziell vermeidbar sind, wenn die von den Fachgesellschaften geforderten Personalquoten realisiert würden.

Auf unserer ICU ist es im Jahr 2011 (seit dem 1.1.2011) zu folgenden kritischen Zwischenfällen gekommen, die bei einer besseren Personalausstattung mit hoher Wahrscheinlichkeit hätten vermieden werden können: (Angabe in %)

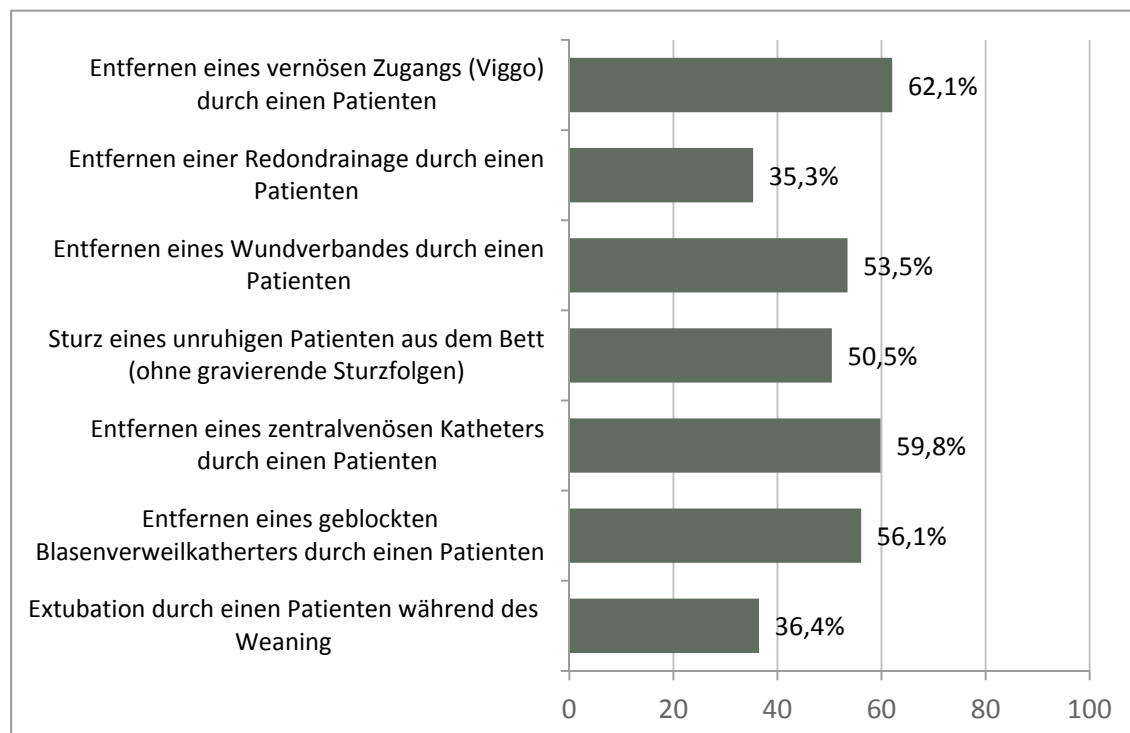


Abbildung 51: Einschätzungen zu vermeidbaren Zwischenfällen in Prozent

Die Werte zeigen, dass gravierende Vorkommnisse auf den Stationen zu verzeichnen sind. Auf zwei von drei Stationen wurde beobachtet, dass sich Patienten einen venösen Zugang gezogen haben. In jeweils mehr als der Hälfte der Stationen wurde registriert, dass Patienten Wundverbände entfernt haben und dass es zu Sturzereignissen unruhiger Patienten aus dem Bett kam.

Als besonders schwerwiegend muss eingestuft werden, dass mehr als jede zweite Intensivstation das Entfernen eines zentralvenösen Katheters verzeichnete und dass sogar geblockte Blasenverweilkatheter durch die Patienten entfernt wurden. Diese Zwischenfälle sind mit erheblichen Folgen verbunden. Zentralvenöse Katheter müssen

neu gelegt werden, eine Röntgenkontrolle zur Identifizierung der korrekten Lage schließt sich an. Werden geblockte Blasenkatheter entfernt, sind gravierende Verletzungen der Harnröhre nicht auszuschließen.

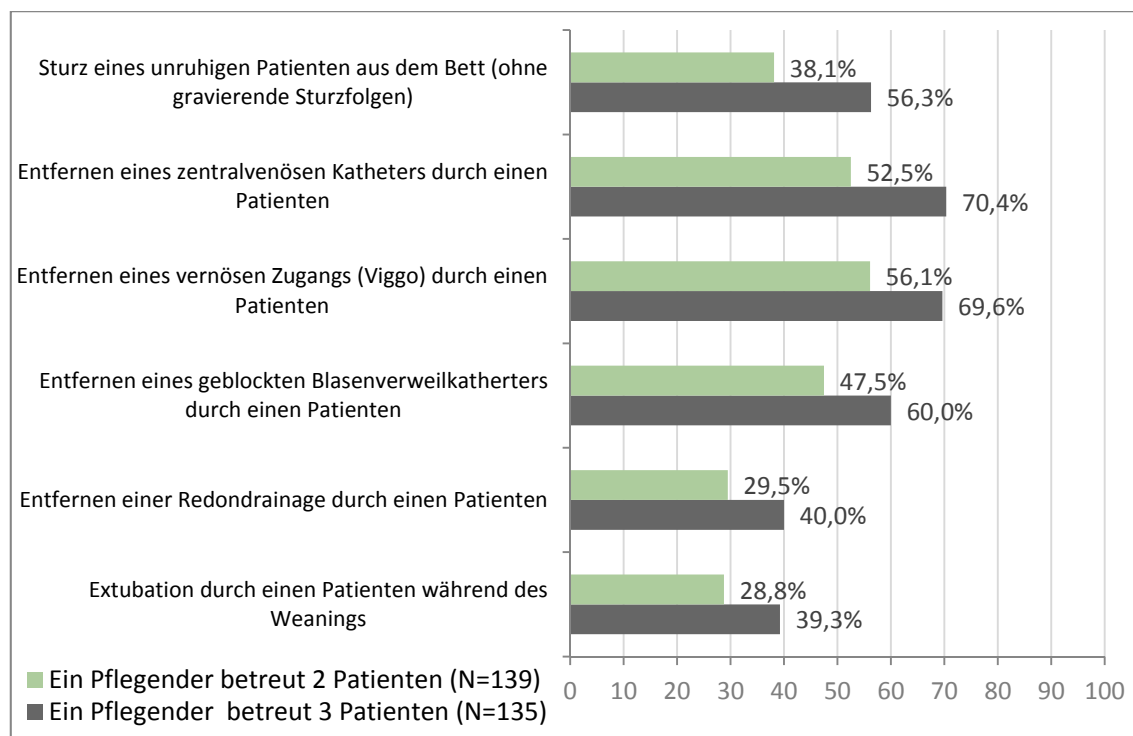


Abbildung 52: Einschätzungen zu vermeidbaren Zwischenfällen in Prozent (differenziert)

In der Subgruppenanalyse zeigt sich auch für diesen Bereich, dass die Vorkommnisse jeweils höher bei den Einrichtungen bewertet wurden, in denen eine 1:3-Betreuung anzutreffen ist.

Damit lassen sich in der Gesamtschau zahlreiche Indikatoren der Sicherheit auf einer beschreibenden Ebene in einen Zusammenhang mit der Betreuungsquote setzen. Übereinstimmend werden sowohl bei den Einzelaspekten der Versorgung als auch bei den vermeidbaren Zwischenfällen Unterschiede beschrieben. Die Bewertungen sind überwiegend eindeutig und vollständig richtungsstabil.

13. Angehörigenarbeit und Patientenorientierung auf Intensivstationen

Auf den Intensivstationen steht nicht nur die direkte Patientenbegleitung im Vordergrund. Die Pflegefachkräfte sind erste Ansprechpartner für Angehörige, die die Situation oft als familiäre Krise erleben und in hohem Maße Informationsbedarfe haben. In der Literatur beschrieben ist, dass sie in hohem Maße Unsicherheiten erleben, eine überwältigende eigene Emotionalität erfahren und auch hinsichtlich ihrer Rolle Neuorientierungen vornehmen müssen⁷¹. Die Hilfestellung bei der Bewältigung dieser krisenhaften Situation ist eine Aufgabe für die Pflege. Dabei ist von herausragender Bedeu-

⁷¹ Nagl-Cupal und Schnepf 2010

tung, dass seitens der Angehörigen der Wunsch besteht, für den Schwerstkranken da sein zu können^{72 73}.

Die Bewältigung dieser Arbeitsanteile setzt nicht nur ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz bei den Pflegefachkräften voraus. Gleichmaßen ist die Qualität der Leistung an strukturelle Bedingungen gekoppelt. Ferner bedarf es spezifischer Konzepte, die eine Unterstützung bieten⁷⁴.

Im abschließenden Kapitel der Ergebnispräsentation sollen die Bedingungen und auch die spezifischen Ausstattungen vorgestellt und diskutiert werden.

In einem ersten Fragenblock wurde erhoben, welche grundsätzlichen Bedingungen für eine Angehörigenarbeit existieren. Seit vielen Jahren wird diskutiert, wie sich Besuchsregelungen auf den Intensivstationen darstellen und welche Vor- und Nachteile damit verbunden sind⁷⁵. In Deutschland hat die Stiftung Pflege im Jahr 2005 eine Studie unter Fachweiterbildungsteilnehmern der Intensiv- und Anästhesiepflege durchgeführt und auf der Basis von fast 1.500 Fragebögen Einstellungen erhoben⁷⁶. 87,5% wiesen Besuchszeitregelungen aus.

Im Pflege-Thermometer wurde u.a. erhoben, ob Angehörige jederzeit die Möglichkeit haben, auf die Station zu kommen. Dies wird von ca. jeder dritten Einrichtung beschrieben (31,4%).

⁷² Nagl-Cupal et al. 2012

⁷³ Nagl-Cupal und Schnepf 2011

⁷⁴ Bless 2008

⁷⁵ Metzing und Osarek 2000

⁷⁶ Abt-Zegelin et al. 2006

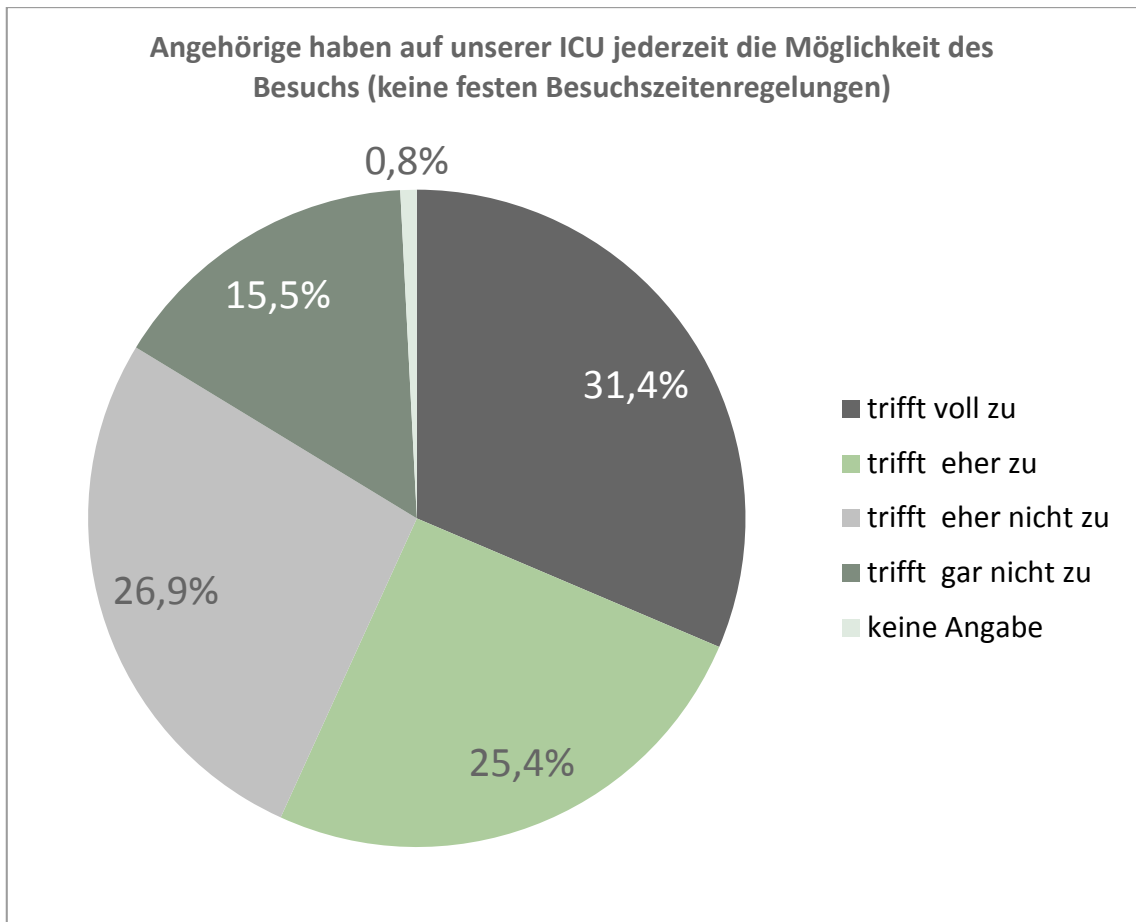


Abbildung 53: Einschätzung zur Besuchszeitenregelung für Angehörige in Prozent

2006 wurde durch die Stiftung Pflege die Initiative „Die angehörigengerechte Intensivstation“ ins Leben gerufen. Einer der zentralen Aspekte ist es, die Zeitenregelungen aufzuweichen und Rechte zu verbriefen, die die Angehörigen einfordern können.

Hinsichtlich des zeitlichen Aspektes geben 10,5% der Befragten an, dass sie ausreichend Zeit haben, um sich mit Angehörigen zu verständigen und Gespräche mit ihnen zu führen. Die überwiegende Mehrheit stimmt dem eher zu. Mehr als jede vierte Einrichtung aber (27,9%) stimmt dem eher nicht zu.

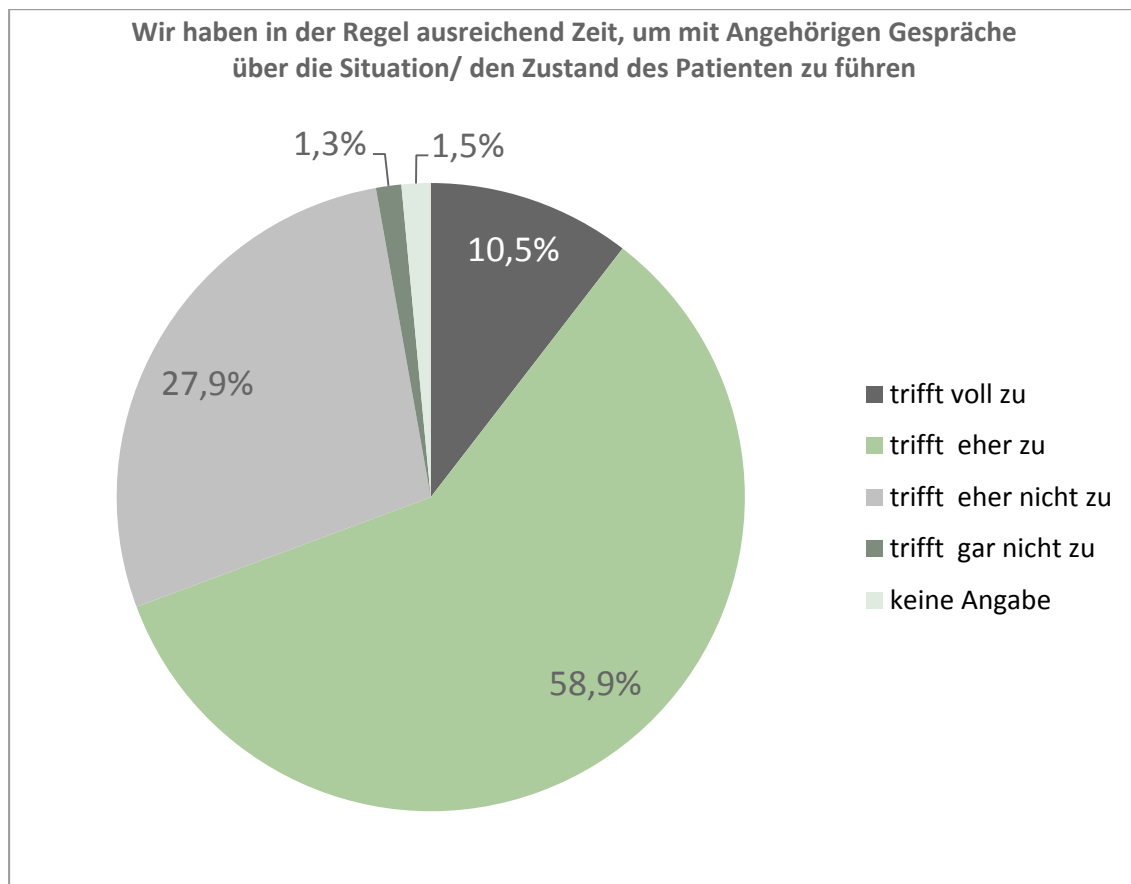


Abbildung 54: Einschätzung zur Gesprächsmöglichkeit für Angehörige in Prozent

Nicht nur die Gespräche sind entscheidend, sondern auch die Fragen der konkreten Ausstattungsmöglichkeiten und der Angebote, die Angehörigen unterbreitet werden können. Zu diesem Fragenkomplex wurden Angaben über die Anzahl unterschiedlicher Indikatoren erhoben. Die nachfolgenden beiden Grafiken zeigen auf, welche Besonderheiten in der Versorgung besonders häufig angeboten werden und was nur geringfügig vorhanden ist.

Die Auswertungen der ersten Merkmale zeigen, dass Angehörige potenziell Zugang zu psychologisch oder seelsorgerisch geschultem Personal haben. Bezogen auf die Stichprobe sind dies 67,1%, dies diesen Aspekt der Versorgung berücksichtigen.

Durch die Pflegefachkräfte erfahren die Angehörigen in 251 Stationen (46,9%) eine erste Erläuterung zu den eingesetzten Geräten und den unterschiedlichen Anzeigen auf den Monitoren. Fast ein Drittel (32,5%) bieten Sprechstunden oder gesonderte vereinbarte Gesprächstermine für Angehörige an.

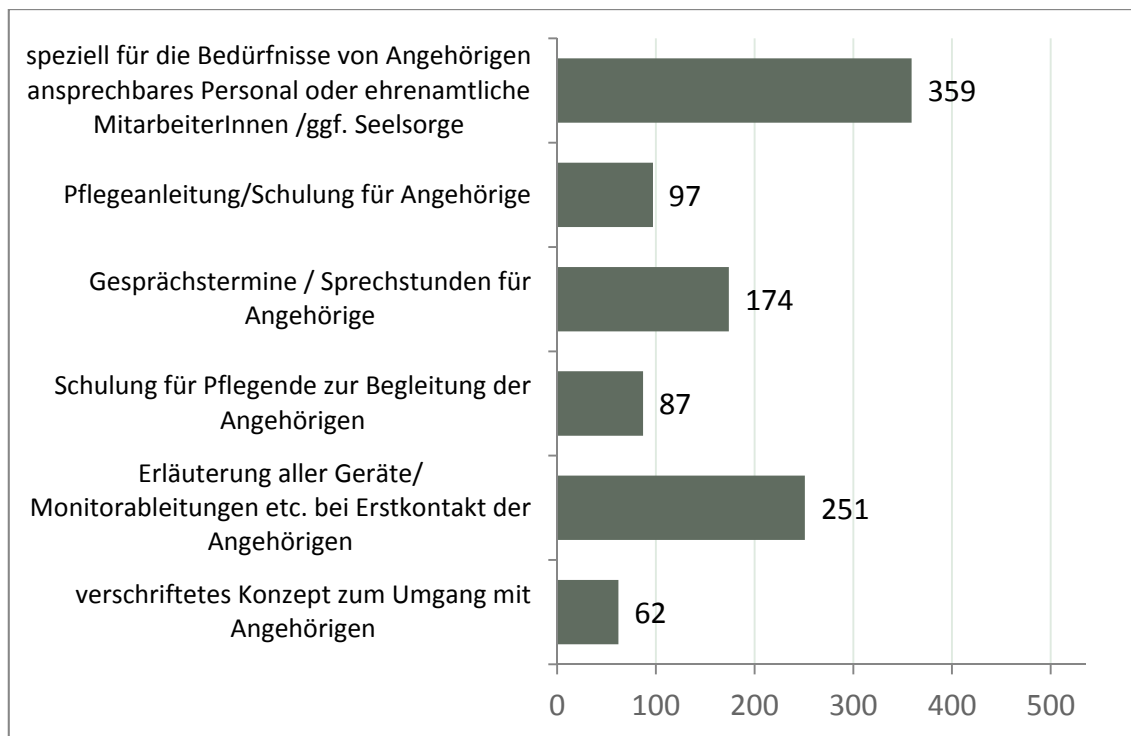


Abbildung 55: Ausstattung und Konzepte zur Angehörigenbetreuung 1 in Absolutangaben

Andere Aspekte sind in dieser Auflistung eher untergeordneter Rolle. Nur 11,6% haben ein verschriftetes Konzept zur Angehörigenarbeit für die Intensivstation.

Eine Anleitung für Angehörige und damit eine Integration der Angehörigen in die eigentliche Betreuungsarbeit leisten 16,3% der Stationen. Dieser Aspekt ist nicht neu und insgesamt wird der aktiven Mitarbeit eine Stärkung der Angehörigen zugesprochen⁷⁷.

In der Betrachtung weiterer wichtiger Angebote und Konzepte wird deutlich, dass drei von vier Stationen (77,2%) über eine Informationsbroschüre über die Station verfügen. Etwas mehr als jede dritte (35,5%) Station dokumentiert auch die Anwesenheit der Angehörigen. In die klinischen Entscheidungen werden bei 86% der Befragten die Angehörigen mit eingebunden. In der Gesamtheit zeigt sich, dass in zahlreichen Einrichtungen Strukturen und Konzepte vorliegen und dass der Angehörigenarbeit insgesamt ein entsprechender Stellenwert beigemessen wird.

⁷⁷ Dörr 2003

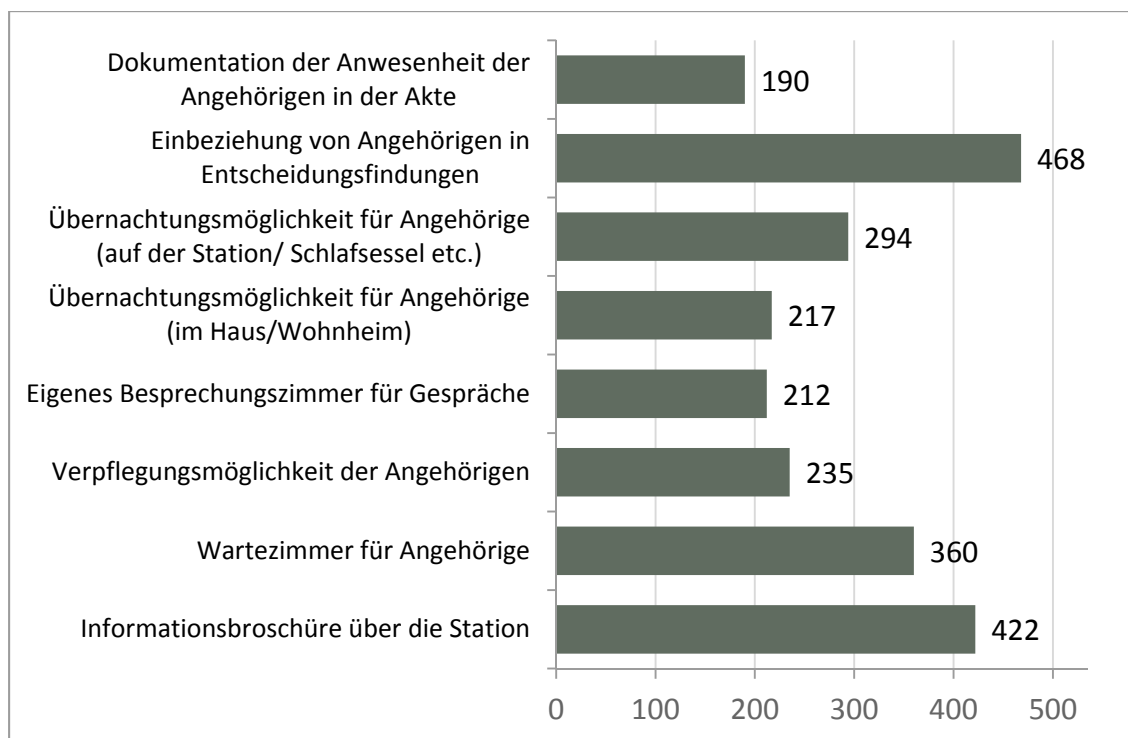


Abbildung 56: Ausstattung und Konzepte zur Angehörigenbetreuung 2 in Absolutangaben

Von den befragten Stationen waren 10,8 im Rahmen der Initiative „Angehörigenfreundliche Intensivstation“ mit einem Zertifikat ausgestattet. 11,2% wollen sich insgesamt im Jahr 2012 um ein solches Zertifikat bemühen, sodass zukünftig mit einer größeren Anzahl zu rechnen ist. Dem stehen jedoch 71,8% gegenüber, die aktuell keine derartigen Überlegungen vornehmen.

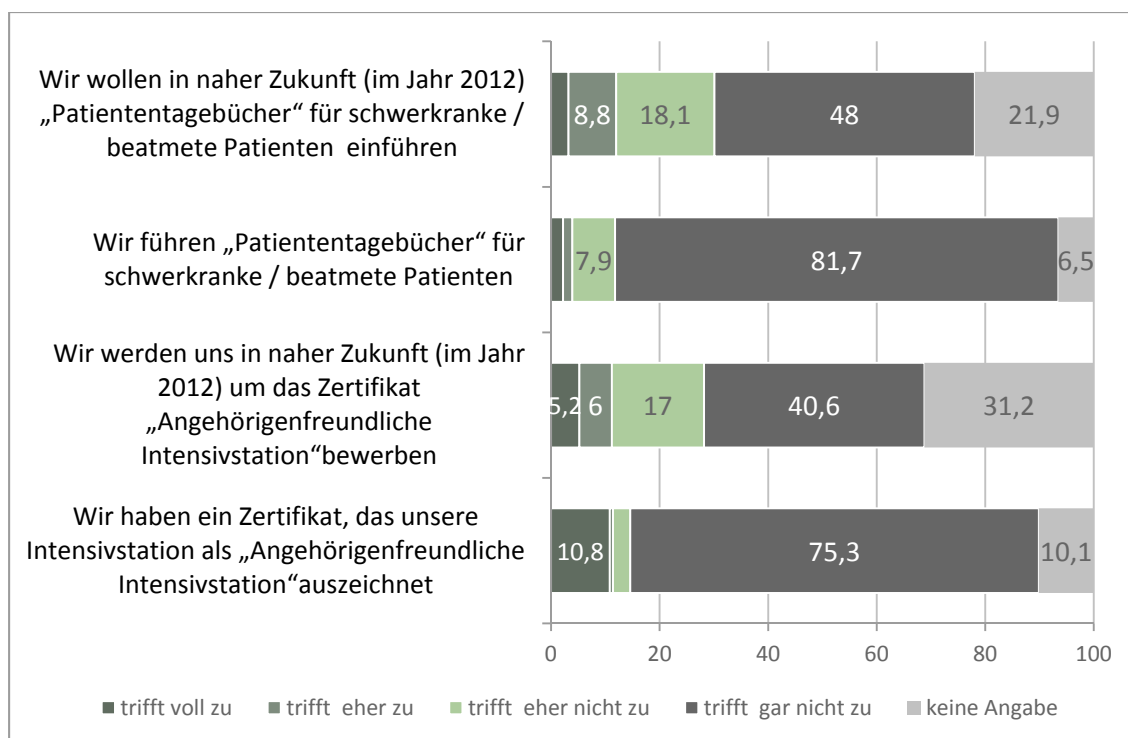


Abbildung 57: Einschätzungen zu Betreuungsmöglichkeiten und Konzeptumsetzung 2 in Prozent

Es gibt weitere Besonderheiten, die hinsichtlich einer speziellen Patientenorientierung erfragt wurden. In den letzten Jahren wurde verstärkt (durch Impulse aus Schweden und über Publikationen durch Peter Nydahl) über das Konzept des Intensivtagebuchs gesprochen und publiziert^{78 79}. Die Publikationen sind Ausdruck einer intensiven und stark patientenorientierten Kultur einer Intensivstation. Intensivtagebücher sollen durch Pflegefachkräfte erstellt werden. In den Tagbüchern sollen der Verlauf und auch die persönlichen Gedanken, die im Team und bei den Angehörigen den Patienten betreffend gemacht wurden, dokumentiert werden. Dies soll es dem Erkrankten nach der Entlassung ermöglichen, sich der Zeit und der Phase der Behandlung auf der Intensivstation zu erinnern. Da davon ausgegangen werden kann, dass viele Patienten diese Zeit nicht bewusst mit erlebt haben, dienen die Tagebücher auch dem Schließen einer Lücke. Aktuell kann jedoch noch nicht von einem breiten Einsatz ausgegangen werden. 3,9% der Befragten äußerten, dass sie diesbezüglich aktiv sind. Auch zukünftig kann noch nicht damit gerechnet werden, dass sich diese besondere Form der patientenorientierten Intensivpflege durchsetzen wird. 66,1% geben hier an, dass sie dies nicht vorhaben. Weitere 21,9% machten hier keine Angabe.

Als eine weitere Besonderheit kann die poststationäre Pflegevisite betrachtet werden. Diese kann in Kombination mit dem Überreichen des Intensivtagebuchs stattfinden oder aber Ausdruck einer Nachbesprechung mit dem Patienten sein, in der er Fragen zu seinem Aufenthalt und zu seiner Zeit auf der Intensivstation stellen kann.

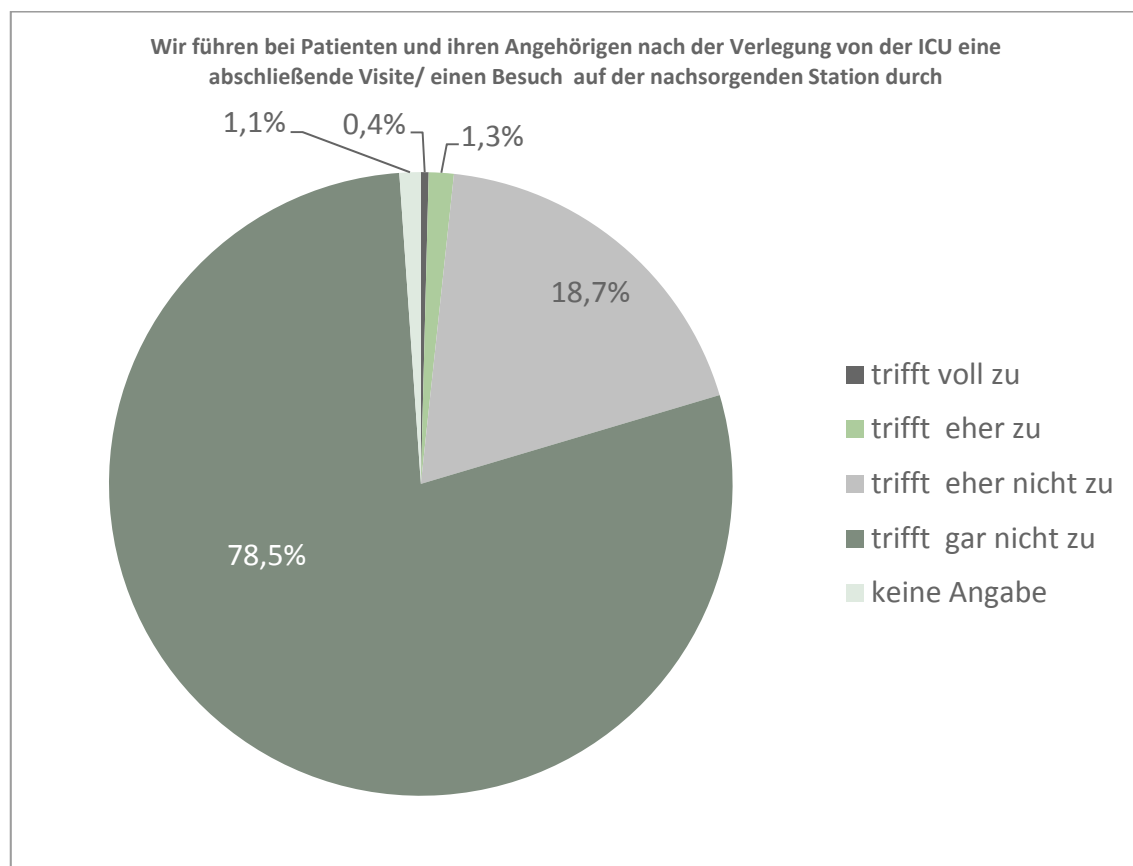


Abbildung 58: Einschätzungen zur Visite nach Verlegung in Prozent

⁷⁸ Knück und Nydahl 2008

⁷⁹ Nydahl und Knück 2010

Die Auswertung zeigt, dass auch bei diesem Punkt der Patientenorientierung aktuell nur sehr geringe Aktivitäten zu verzeichnen sind. Diese Ansätze einer individuellen und am Patienten orientierten Versorgung lassen sich wahrscheinlich vor dem Hintergrund der aktuellen Ressourcen in vielen Bereichen der Stationen nicht oder nur unzureichend entwickeln oder aber sind methodisch noch nicht so bekannt, als dass man sie schon in breiten Befragungen als relevante Konzepte identifizieren könnte.

14. Schlussbetrachtung und Empfehlungen

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dieser Studie abschließend betrachtet und im Lichte umfassenderer fachlicher und gesundheitspolitischer Themen diskutiert. Die Autoren formulieren Empfehlungen, die dazu beitragen sollen, die Aufmerksamkeit auf die Situation der Intensivpflege in Deutschland und die dortige Patientenversorgung zu lenken. Zugleich werden Lösungsansätze vorgeschlagen.

14.1 Ausstattung mit Personal und moderner Technik verbessern

Die Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2012 zeigen, dass zentrale Empfehlungen von Fachgesellschaften hinsichtlich der personellen und der technischen Ausstattung nicht angemessen umgesetzt werden. Insbesondere bei der personellen Ausstattung im Pflegebereich wird deutlich, dass die Betreuungsquoten nicht den Empfehlungen entsprechen. So lassen sich mit den vorliegenden Daten die Zusammenhänge zwischen den problematischen Betreuungsquoten auf der einen Seite und Einbußen bei der Patientensicherheit insbesondere mit Blick auf vermeidbare Zwischenfälle auf der anderen Seite eindeutig und prägnant beschreiben. Auch ist der Teufelskreislauf aus hohen Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals und daraus entstehenden ungünstigen Betriebsabläufen sichtbar geworden, die wiederum belastend auf die Pflegefachkräfte einwirken und bei ihnen mit erhöhten Krankheitsindikatoren in Verbindung gebracht werden müssen. Insbesondere sollten daher die Stärken und Zusammensetzungen der eingesetzten Schichten (Früh-, Spät-, Nachtschichten) im Lichte der Erkenntnisse dieser Studie neu diskutiert und weiterentwickelt werden. Dies ist vor dem Hintergrund der weiteren Zunahme an Komplexität der Patientenbehandlung umso dringlicher.

Auch die technische Ausstattung der untersuchten Intensivstationen entspricht oftmals nicht den geforderten Standards. So gibt es offensichtlich nicht überall ausreichend transportable Beatmungsgeräte, Bronchoskope und auch die Gerätschaften zur Durchführung von Blutgasanalysen sind nicht überall genügend vorhanden. Angesichts der weiter zunehmenden Bedeutung der Intensivtherapie und -pflege und der bekannten Risiken für Patienten müssen hier notwendige Investitionen in die technische Ausstattungen getätigt werden.

14.2 Personalbemessung transparent und verbindlich gestalten

Die Studie zeigt auf, dass bislang nur in geringem Umfang systematische und transparente Verfahren der Personalbemessung auf bundesdeutschen Intensivstationen eingesetzt werden. So werden die Entscheidungen, über welche Personalausstattung eine Intensivstation verfügen kann oder nicht verfügen kann, nur selten indikatoren- oder instrumentengestützt getroffen. Die leitenden Fachkräfte sind aber für die Einhaltung fachlicher Standards und die Gewährung einer sicheren Versorgung der Patienten verantwortlich. Ihnen sollten daher zukünftig Verfahren, Methoden und Instrumente an die Hand gegeben werden, mit denen sie in Verbindung mit ihren beruflichen Erfahrungen angemessen und gut begründet maßgeblichen Einfluss auf die Ausgestaltung der Personalbemessung und -verteilung nehmen können.

14.3 Systematisches Monitoring zur Patientensicherheit einführen

Das Pflege-Thermometer 2012 zeigt auf, dass zentrale Aspekte und Kriterien der Patientensicherheit im Intensivpflegebereich zukünftig einem systematischen Monitoring unterzogen werden sollten. Damit würden Entscheider sowohl im direkten Kontext der Patientenversorgung, aber auch in der übergreifenden Steuerung, im Controlling und in der Verwaltung auf eine zusätzliche und transparente Grundlage zurückgreifen können. Ferner könnten damit auch grundsätzlich die Defizite an klinisch belastungsfähigen Daten in Deutschland verringert werden. Ohne ein systematisches Monitoring können grundsätzliche Versorgungsengpässe und gehäuft auftretende Risiken für Patienten nur schwerlich entdeckt und an der Wurzel behoben werden.

Ein solches Monitoring könnte optimaler Weise mit modernen Verfahren der Personalbemessung verbunden werden. Auf der Basis von daraus ableitbaren, qualitätsbezogenen Kennzahlen können die Aspekte des Skillmix – also die Stärke und Zusammensetzung des Fachpersonals – besser entwickelt und gesteuert werden, als dies heute der Fall ist.

Die vorliegenden Ergebnisse der Studie zu den Zusammenhängen von Pflegekapazität und Patientensicherheit sollten auch in der Pflege- und Gesundheitspolitik zu einer neuen Diskussion über die Wege einer qualitätsorientierten Versorgung führen. Bislang wird der Erhebung von pflegesensitiven Indikatoren nicht diejenige Bedeutung zugemessen, die ihnen in vernünftiger Weise zukommen müsste. Die Ergebnisse zeigen auf, dass Versorgungsengpässe und -probleme in den Kliniken keine seltenen Einzelfälle mehr sind, sondern dass strukturelle Defizite in der Breite der Versorgung erkennbar geworden sind. Diese strukturellen Probleme können nicht mehr sämtlich durch betriebseigene Möglichkeiten des einzelnen Krankenhauses kompensiert werden, sondern erfordern eine breite, politische Aufmerksamkeit und günstigere Rahmenbedingungen. Als ein eindrucksvolles Beispiel kann hier der erschreckende Anteil an grundsätzlich nicht notwendigen Patientenfixierungen angeführt werden, die auf-

grund der derzeit vorhandenen Personalausstattungen aber offensichtlich nicht verhindert werden können.

14.4 Anreizsysteme für Pflegefachkräfte entwickeln und ausbauen

Angesichts der großen Verantwortung, der langwierigen und speziellen Qualifikation und der starken Belastung der Pflegefachkräfte auf Intensivstationen bei gleichzeitig „leer gefegtem“ Arbeitsmarkt müssen Politik und Krankenhäuser über neue Anreizsysteme in der Pflege nachdenken. Die Patientenversorgung kann nur zukunftsweisend weiterentwickelt werden, wenn es ausreichend gut qualifizierte und erfahrene, aber auch motivierte und gesunde Pflegefachkräfte gibt. Die leistungsorientierte Vergütung stellt dabei eine der Möglichkeiten eines Anreizsystems dar. So sollte speziell fachweitergebildetes Personal entsprechend besser vergütet werden, als „normale“ Pflegefachkräfte.

Die Studie hat zu Tage gefördert, welcher Grad an Selbständigkeit und Entscheidungsdruck auf den Intensivfachkräften lastet. Derzeit ist aber nicht erkennbar, dass sich diese Verantwortungsübernahme und Leistungsbereitschaft auf der Station oder auch die entsprechenden Qualifikationsbemühungen für Pflegefachkräfte bezahlt machen. Dies muss sich verändern, um gerade für die Zukunft attraktive Bedingungen in diesem Spezialbereich zu garantieren und ausreichend Personal rekrutieren zu können.

Die sich zusehends verschärfenden Probleme bei der Besetzung offener Stellen in der Intensivpflege und auch die Herausforderungen der altersdemografischen Entwicklung in diesem Bereich legen nahe, dass gezielt nach flexibleren Arbeitszeitmodellen und nach geeigneten Maßnahmen der Wissenstransformation gesucht werden muss. Es gilt, das klinische Wissen der langjährig erfahrenen Pflegefachkräfte möglichst lange für die Krankenhäuser zu erhalten. Hierzu sind zusätzliche Ressourcen und neue Modelle notwendig. Entsprechende Anreizsysteme sollten daher auch Arbeitszeit- und -einsatzmodelle berücksichtigen, mit denen eine Beschäftigung der Pflegefachkräfte grundsätzlich bis zum Eintritt ins Rentenalter möglich wird.

14.5 Eigenständigkeit der Leistungserbringung der Intensivpflege anerkennen

Die Ergebnisse der Studie zu den Veränderungen in den Verantwortungsbereichen, zur Kooperation mit dem ärztlichen Personal und zu den eigenständig eingeleiteten Maßnahmen zeigen ein neues Bild der Realität in der Intensivversorgung auf: Pflege agiert hier über weite Strecken auf Augenhöhe mit der Medizin, übernimmt sogar phasenweise das Therapieregime und entscheidet über wichtige Schritte der Behandlung gemeinsam mit den Ärzten. Dies ist, was z.B. die Anpassung medikamentöser Therapien anbelangt, haftungsrechtlich für die Pflegefachkräfte nicht unproblematisch. Hier

geht es um eine zeitgemäße Weiterentwicklung der Zuschneidung der Handlungs- und Verantwortungsbereiche, die den Realitäten gerecht wird. Das geht mitunter auch schon über die derzeitigen Ansätze rund um Modellprojekte nach § 63 Abs. 3c des Sozialgesetzbuches V zur Erprobung der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte hinaus. Während es sich heute eher um eine verdeckte, implizite Delegation handelt, geht es darum, diese zukünftig auf der Grundlage klarer Regeln und Aufgaben- sowie Tätigkeitslisten transparent, nachvollziehbar und haftungsrechtlich eindeutig zu regeln und auch zu würdigen.

Die Studie hat ferner eindrucksvoll gezeigt, dass in der Intensivpflege sowohl in der Breite wie in der Tiefe der Behandlungssituationen durchweg komplexes Wissen benötigt wird. Es gibt also nur wenig Spielraum, geringer qualifiziertes Personal etwa für Serviceleistungen einzusetzen. Die zu erbringenden Leistungen in der direkten Patientenversorgung auf Intensivstationen werden in hohem Maße durch die Komplexität der Situation und Anforderungen bestimmt. Daher wird an dieser Stelle ausdrücklich davor gewarnt, dass einzelne Schwachstellen, die die Studie aufgedeckt hat (z.B. die fehlende Nahrungsunterstützung bei Patienten) dahingehend interpretiert werden sollte, dass durch mehr Hilfspersonal eine verbesserte Patientenversorgung zu erreichen sei.

14.6 Pflege beruflich und akademisch qualifizieren

Etliche Studien und Statistiken belegen seit Jahren, dass der Konkurrenzkampf um eine gute Mitarbeiterschaft in der Pflege in vollem Gange ist. Dies trifft auf spezialisierte Bereiche, wie die Intensivpflege, in besonderem Maße zu. Dabei geht die Diskussion über die reine Anzahl der jeweils eingesetzten Pflegefachkräfte weit hinaus. Das Pflege-Thermometer 2012 hat deutlich gemacht, was heute von verantwortlichen Intensivpflegekräften erwartet wird. Dies setzt hervorragende Kompetenzen voraus, die in anderen Berufsfeldern oder auch im Ausland in der Pflege üblicherweise durch akademische Grund- und/ oder Weiterbildungen vorbereitet bzw. qualifiziert werden. So oder so darf die Qualifikation und Kompetenzentwicklung von Intensivpflegekräften in Zukunft nicht dem Zufall überlassen werden, sondern muss systematisch und nachhaltig entwickelt werden. Hier bestehen auch außerordentliche Chancen, junge Menschen für das Berufsfeld Pflege zu gewinnen, wenn es spezialisierte und besonders anerkannte Handlungsfelder der Pflege gibt, in denen es auf eine besondere Verantwortungsübernahme ankommt, in denen aber auch angemessen gut verdient werden kann.

14.7 Angehörige einbeziehen, beraten, fördern und schulen

Die Studie zeigt, dass heute bereits zahlreiche Ansätze auf Intensivstationen zu finden sind, in denen es darum geht, Angehörige von Patienten in die Behandlung einzubeziehen und zu unterstützen. Nicht selten wird dies als ein eigenständiger Aufgabenbereich von der Intensivpflege angesehen. Die Entwicklung, Erprobung und Realisierung

angemessener Konzepte und die Etablierung umfassender Betreuungs- und Bildungsangebote scheint aber derzeit nur begrenzt möglich zu sein.

In erster Linie wird versucht, die Angehörigen mit in die Entscheidungen rund um die Therapie mit einzubeziehen. Hinsichtlich einer Übermittlung wichtiger Inhalte der Intensivbehandlung gibt es vielerorts Informationsblätter oder -broschüren über die Intensivstation und über besondere Maßnahmen, etwa eine kontinuierliche Beatmung. Herausforderungen für die Zukunft bestehen aber in einer konsequenten Einbindung der Angehörigen, die Aufhebung bzw. Anpassung von Besuchszeiten sowie die Schulung und Vorbereitung von Angehörigen im Hinblick auf neue Aufgaben im Kontext der Entlassung von Patienten von der Intensivstation. Ohne Zweifel kann dies nur geleistet werden, wenn diese Aufgaben zum Kernhandlungsfeld der Pflege gerechnet werden und bei der Personalbemessung angemessene Berücksichtigung finden.

15. Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, A.; Juchems, S.; Laible, J.; Mayer, H. (2006): Besuchsregelungen auf Intensivstationen in deutschen Krankenhäusern. Ausgewählte Ergebnisse der Befragung von Pflegenden. Hg. v. Stiftung Pflege. Online verfügbar unter <http://www.stiftung-pflege.info/page1/page33/files/BesuchsregErgeb.pdf>, zuletzt aktualisiert am 12.08.2006, zuletzt geprüft am 06.06.2012.
- Bergmann, K.-O. (2010): Delegation und Substitution - wenn der Pfleger den Doktor ersetzt ... Hg. v. Alexandra Jorzig. Berlin: Springer (MedR Schriftenreihe Medizinrecht).
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hg.) (2010): Älter werden im Pflegeberuf. Fit und motiviert bis zur Rente - eine Handlungshilfe für Unternehmen. 2. Auflage Stand 05/2010. Hamburg, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Bless, A. (2008): Angehörigenbetreuung auf der Intensivstation. In: *Pflegewissenschaft* (10), S. 523–529.
- Blum, K. (2003): Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser. Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge: Deutsche Krankenhaus V.-G. Online verfügbar unter <http://www.lob.de/cgi-bin/work/suche2?titnr=221716315&flag=citavi>.
- Braun, B. (2011): Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus - Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008. Bremen: Univ. Artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec-paper, 173).
- British Association of Critical Care Nurses (Hg.) (2010): Standards for Nurse Staffing in Critical Care. Online verfügbar unter http://www.ics.ac.uk/intensive_care_professional/standards_and_guidelines/nurse_staffing_in_critical_care_2009, zuletzt aktualisiert am 07.01.2010, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Deutsches Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (Hg.) (2011): Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen - Hintergrundtexte. Verabschiedet mit Beschluss des Präsidiums der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010.
- Dörr, I. (2003): Pflegebeteiligung auf der Intensivstation, für die Angehörigen ein unzumutbarer Gedanke oder eine bedeutende Chance? In: *Pr-Internet* (7-8), S. 188–198.
- Eschiti, V.; Hamilton, P. (2011): Off-Peak Nurse Staffing. Critical-Care Nurses Speak. In: *Dimensions in Critical Care Nursing* 30 (1), S. 62–69. Online verfügbar unter http://www.nursingcenter.com/_PDF_.aspx?an=00003465-201101000-00014, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Esparza, S. J.; Zoller, J. S.; White, A. W.; Highfield, M. E. F. (2012): Nurse staffing and skill mix patterns: Are there differences in outcomes? In: *J of Healthcare Risk Mgmt* 31 (3), S. 14–23. Online verfügbar unter http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/jhrm.20092/asset/20092_ftp.pdf?v=1&t=h2d68ehp&s=a7c774e4c480565164b565a5898e70dadf848157, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Federhen, S.; Lenzen, S. (2010): Systemische Fallanalyse bei Patienten mit im Krankenhaus erworbener Aspirationspneumonie. In: *Pflegewissenschaft* 12 (7-8), S. 418–425, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hg.) (2010): Anlage 1 zur Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen. Online verfügbar unter http://www.g-ba.de/downloads/83-691-164/Vb-NICU-Anl12009-08-20_neu.pdf, zuletzt aktualisiert am 01.02.2010, zuletzt geprüft am 25.05.2012.
- Graf, J.; Reinhold, A.; Brunkhorst, F. M.; Ragaller, M.; Reinhart, K.; Loeffler, M.; Engel, C. (2010): Variability of structures in German intensive care units – a representative, nationwide analysis. In: *Wien Klin Wochenschr* 122 (19-20), S. 572–578, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Hohenreger, M. (2008): Ein hohes Maß an Sorgfalt. In: *PflegeZeitschrift* 61 (6), S. 310–312.
- Hunt, J.; Hagen, S. (1998): Nurse to patient ratios and patient outcomes. In: *Nurs Times* 94 (45), S. 63–66.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006): Arbeitspapier: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. Köln.
- Isfort, M.; Weidner, F. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Online verfügbar unter

- http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf, zuletzt geprüft 10.05.2012
- Isfort, M.; Rose, L.; Schubert, M.; Brüche, R. (2011): Beatmung und Weaning. Pflegende übernehmen vielfach die Steuerung. In: *PflegenIntensiv* 8 (3), S. 6–13.
- Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010): Intensivpflege unter Druck. In: *PflegenIntensiv* 7 (3), S. 6–11.
- Jahn, A.; Keßler, A. J.; Schwarzbach, K.; Fleischer, S.: Erfassung von Indikationen der hygienischen Händedesinfektion im Krankenhaus zur Berechnung des Zeitbedarfs, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Jakob, S. M.; Rothen, H. U. (1997): Intensive care 1980-1995: change in patient characteristics, nursing workload and outcome. In: *Intensive Care Med* 23 (11), S. 1165–1170.
- Janßen, U.; Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, P. (2011): DKI-Barometer Krankenhaus 2011/2012. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Kane, R. L.; Shamliyan, T.; Mueller, C.; Duval, S.; Wilt, T. J. (2007): Nurse Staffing and Quality of Patient Care. Hg. v. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Evidence Report/ Technology Assessment, 151). Online verfügbar unter <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/nursestaff/nursestaff.pdf>, zuletzt aktualisiert am 12.03.2007, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- King's College London (Hg.) (2012): Is it time to set minimum nurse staffing levels in English hospitals? National Nursing Research UNit. Online verfügbar unter http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/05/08/w/z/y/080512_Policy_Plus.pdf, zuletzt aktualisiert am 04.05.2012, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Knück, D.; Nydahl, P. (2008): Das Intensivtagebuch in Deutschland. In: *Thieme intensiv* 16 (249-255).
- Lucero, R. J.; Lake, E. T.; Aiken, L. H. (2010): Nursing care quality and adverse events in US hospitals. In: *J Clin Nurs* 19 (15-16), S. 2185–2195.
- McGillis Hall, L. (2009): Skill Mix Decision-Making for Nursing. Hg. v. International Centre for human Resources in Nursing. Online verfügbar unter http://www.mcgillishall.com/wp-content/uploads/2010/05/Skill_Mix_EN_web.pdf, zuletzt aktualisiert am 14.09.2009, zuletzt geprüft am 25.05.2012.
- Marburger Bund (Hg.) (2009): Delegation ärztlicher Leistungen im Krankenhaus. Die Position des Marburger Bundes. Online verfügbar unter http://www.marburger-bund.de/presse/stellungnahme/Positionspapier_Delegation-aerztlicher-Leistung.pdf, zuletzt aktualisiert am 10.06.2009, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Metzing, S.; Osarek, J. (2000): Besuchsregelungen auf Intensivstationen. In: *Pflege* 13, S. 242–252.
- Nagl-Cupal, M.; Schnepf, W. (2010): Angehörige auf Intensivstationen: Auswirkungen und Bewältigung. Eine Literaturübersicht über qualitative Forschungsarbeiten. In: *Pflege* 23 (2), S. 69–80, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Nagl-Cupal, M.; Schnepf, W. (2011): Funktion und Gestaltung familiärer Hilfen im Angesicht existenzieller Erfahrungen von Angehörigen auf der Intensivstation. In: *Pflegewissenschaft* (5), S. 289–298.
- Nagl-Cupal, M.; Hager, I.; Mitterer, M.; Mayer, H.; Köck, S. (2012): Bedürfnisse und Bedürfniserfüllung von Angehörigen auf der Intensivstation. In: *Pflegewissenschaft* (4), S. 205–216, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Needham, D. M. (2010): Patient safety, quality of care, and knowledge translation in the intensive care unit. In: *Respir Care* 55 (7), S. 922–928.
- Notz, K. (2007): Erklärung der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) zu Pflegequalität und Patientensicherheit im Intensivpflegebereich. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF), zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Numata, Y.; Schulzer, M.; van der Wal, R.; Globberman, J.; Semeniuk, P.; Balka, E.; Fitzgerald, J. M. (2006): Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta-analysis. In: *J Adv Nurs* 55 (4), S. 435–448.
- Nydahl, P.; Knück, D. (2010): Träume und Traumata – eine systematische Übersichtsarbeit zur Wirkung des Tagebuches auf Intensivpatienten. In: *DIVI* 1 (1), S. 31–37.
- Parthum, A.; Staudigel, M. (2012): Welche Auswirkungen hat die Nacharbeit auf die Leistungsfähigkeit von Pflegenden auf Intensivstation? In: *Pflegewissenschaft* (3), S. 133–139.
- Reader, T. W.; Flin, R.; Mearns, K.; Cuthbertson, B. H. (2007): Interdisciplinary communication in the intensive care unit. In: *British Journal of Anaesthesia* 98 (3), S. 347–352. Online verfügbar unter <http://bjaoxfordjournals.org/content/98/3/347.full.pdf>, zuletzt geprüft am 18.05.2012.

- Rose, L.; Blackwood, B.; Egerod, I.; Haugdahl, H. S.; Hofhuis, J.; Isfort, M. et al. (2011): Decisional responsibility for mechanical ventilation and weaning: an international survey. In: *Crit Care* 15 (6), S. R295.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Berlin.
- Scheithauer, S.; Schwanz, T.; Lemmen, S. (2011): Händehygiene - einfach, aber nicht trivial. In: *Orthopädie und Unfallchirurgie up2date* 6 (01), S. 43–55, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Schubert, M.; Clarke, S. P.; Glass, T. R.; Schaffert-Witvliet, B.; Geest, S. de (2009): Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. In: *Int J Nurs Stud* 46 (7), S. 884–893.
- Simon, M. (2008): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen: Hans Huber Verlag, Bern. Online verfügbar unter <http://www.lob.de/cgi-bin/work/suche2?titnr=249277279&flag=citavi>.
- Sinopoli, D. J.; Needham, D. M.; Thompson, D. A.; Holzmüller, C. G.; Dorman, T.; Lubomski, L. H. et al. (2007): Intensive care unit safety incidents for medical versus surgical patients: a prospective multicenter study. In: *J Crit Care* 22 (3), S. 177–183.
- Stemmer, R. (2008): Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. 2008. Aufl. Mainz: Ministerium für Arbeit Soziales Gesundheit Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (Berichte aus der Pflege, 9).
- Valentin, A.; Capuzzo, M.; Guidet, B.; Moreno, R.; Metnitz, B.; Bauer P.; Metnitz, P. (2009): Fehler bei der parenteralen Medikamentenverabreichung auf Intensivstationen. Eine prospektive, multinationale Studie. In: *Deutsches Ärzteblatt* 106 (16), S. 771–777.
- van den Heede, K.; Sermeus, W.; Diya, L.; Clarke, S. P.; Lesaffre, E.; Vleugels, A.; Aiken, L. H. (2009): Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: cross-sectional analysis of administrative data. In: *Int J Nurs Stud* 46 (7), S. 928–939.
- Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken (Hg.): VPU - Leitfaden zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Online verfügbar unter <http://www.vpu-online.de/de/service/leitfaden.php>, zuletzt geprüft am 18.05.2012.
- Wheeler, S. A.; Burchill, C. N.; Tilin, F. (2003): The Link Between Teamwork and Patients' Outcomes in Intensive Care Units. In: *American Journal of Critical Care* 12, S. 527–534. Online verfügbar unter <http://ajcc.aacnjournals.org/content/12/6/527.full.pdf>, zuletzt geprüft am 18.05.2012.

16. Anhang

Fragen zur Ihrer Einrichtung

1.) In welchem **Bundesland** befindet sich die Einrichtung, an der Sie arbeiten?

☐ Baden-Württemberg	☐ Bremen	☐ Niedersachsen	☐ Sachsen
☐ Bayern	☐ Hamburg	☐ Nordrhein-Westfalen	☐ Sachsen-Anhalt
☐ Berlin	☐ Hessen	☐ Rheinland-Pfalz	☐ Schleswig-Holstein
☐ Brandenburg	☐ Mecklenburg-Vorpommern	☐ Saarland	☐ Thüringen

2.) Postleitzahl der Einrichtung/ des Krankenhauses

3.) Über welche **Bettenkapazität** verfügt **das Krankenhaus**, an dem Sie arbeiten?
(Bitte geben Sie die Bettenkapazität des gesamten Hauses an, an dem Sie tätig sind)

☐ bis < 50 Betten	☐ 300 bis < 400 Betten
☐ 50 bis < 100 Betten	☐ 400 bis < 500 Betten
☐ 100 bis < 150 Betten	☐ 500 bis < 600 Betten
☐ 150 bis < 200 Betten	☐ 600 bis < 800 Betten
☐ 200 bis < 300 Betten	☐ 800 und mehr Betten

4.) Welcher Fachrichtung ordnen Sie Ihre ICU im Schwerpunkt zu?
(Bitte **nur eine** Angabe zu der **schwerpunktmäßigen** Ausrichtung angeben)

☐ Konservative ICU (z.B. Innere Med./ Kardiologie)	☐ Pädiatrische Intensivstation
☐ Chirurgische ICU	☐ Reine Neurochirurgische ICU
☐ Anästhesiologische ICU (ggf. mit IM/CH Betten)	☐ Verbrennungsintensivstation
☐ Reine Kardiochirurgische ICU	☐ Sonstige:

5.) In welcher **Trägerschaft** befindet sich das Krankenhaus?

☐ Öffentlich-rechtliche Einrichtung
☐ Privatrechtliche Einrichtung
☐ Freigemeinnützige Einrichtung

6.) Anzahl aller Intensivstationen (ICUs) in Ihrem Krankenhaus
(bitte zweistellig angeben)

 Intensivstationen

7.) Über welche **Bettenkapazität** verfügt Ihre ICU aktuell?
(bitte zweistellig angeben / Angabe aller zur Verfügung stehenden Bettplätze)

 Anzahl aller Bettplätze auf der Station

Davon Bettplätze **mit invasiver Beatmung** (Beatmungsplätze)

Fragen zu Ihrer Person

8.) Angabe zum Geschlecht

☐ weiblich

☐ männlich

9.) Bitte geben Sie Ihr **Alter** entsprechend der Altersgruppen an

☐ unter 20 Jahre

☐ 26 - 30 Jahre

☐ 41 - 50 Jahre

☐ 56 Jahre bis 60

☐ 20 - 25 Jahre

☐ 31 - 40 Jahre

☐ 51 - 55 Jahre

☐ 61 Jahre und älter

10.) Angaben zu Ihrer beruflichen Erfahrung

Bitte geben Sie die folgenden Angaben zweistellig an (gegebenenfalls realitätsnahe Schätzungen)

Wie viele Jahre sind Sie seit dem Berufsabschluss in der Pflege tätig?
(inklusive Unterbrechungen durch z.B. Familienzeit)

ca. Jahre

Wie viele Jahre arbeiten Sie insgesamt im Feld der Intensivpflege?

ca. Jahre

Wie viele Jahre arbeiten Sie bei ihrem jetzigen Arbeitgeber auf der Intensivstation?

ca. Jahre

Wie viele Jahre sind Sie in der Leitung der Intensivstation/ Abteilung tätig?

ca. Jahre

11.) Angaben zu Phasen **außerhalb** der Beruflichkeit in der Pflege

Bitte geben Sie die folgenden Angaben zweistellig an [z.B. 02,5 Jahre] (ggf. realitätsnahe Schätzungen)

Es erfolgte eine Unterbrechung meiner beruflichen Tätigkeit in der Pflege aufgrund einer **Familienphase** über einen Zeitraum von

, Jahren

Es erfolgte eine Unterbrechung meiner beruflichen Tätigkeit in der Pflege aufgrund **anderer beruflichen Tätigkeiten** oder **privaten Gründen** über einen Zeitraum von

, Jahren

Es erfolgte eine Unterbrechung meiner beruflichen Tätigkeit in der Pflege aufgrund der **Übernahme von Pflege eines Angehörigen** über einen Zeitraum von

, Jahren

12.) Bitte geben Sie die höchste persönliche berufliche Qualifikation an

☐ Abgeschlossene Pflegeausbildung und begonnene Weiterbildung zur Stationsleitung

☐ Abgeschlossene Pflegeausbildung und abgeschlossene Weiterbildung zur Stationsleitung

☐ Abgeschlossene Pflegeausbildung und begonnenes Studium (FH oder Uni)

☐ Abgeschlossene Pflegeausbildung und abgeschlossenes Studium (FH oder Uni)

☐ Abgeschlossene Fachweiterbildung in der Anästhesie / Intensivpflege

☐ Abgeschlossene Fachweiterbildung und begonnene Weiterbildung zur Stationsleitung

☐ Abgeschlossene Fachweiterbildung und abgeschlossene Weiterbildung zur Stationsleitung

☐ Abgeschlossene Fachweiterbildung und begonnenes Studium (FH oder Uni)

☐ Abgeschlossene Fachweiterbildung und abgeschlossenes Studium (FH oder Uni)

13.) In welcher beruflichen Stellung arbeiten Sie auf der Intensivstation/Abteilung?

☐ Leitung der ICU mit **vollständiger** Freistellung für die Leitungstätigkeit / Koordination

☐ Leitung der ICU mit **anteiliger** Freistellung für die Leitungstätigkeit/Koordination

☐ Stellvertretende Leitung der ICU mit **vollständiger** Freistellung für die Leitungstätigkeit/Koordination

☐ Stellvertretende Leitung der ICU mit **anteiliger** Freistellung für die Leitungstätigkeit/Koordination

14.) In welcher **Beschäftigungsform** sind Sie tätig? (Mehrfachantworten möglich)

☐ Vollzeit beschäftigt

☐ Nicht im Dreischichtdienst tätig

☐ Teilzeit beschäftigt

☐ Im Dreischichtdienst tätig

Fragen zur Personalausstattung Ihrer Intensivstation/Abteilung

15.) Über welche **Pflegepersonalausstattung** verfügt Ihre ICU?

Bitte geben Sie die folgenden Angaben jeweils zweistellig an (gegebenenfalls realitätsnahe Schätzungen)

,	Planstellen für Gesundheits- und Krankenpflegende (in Vollzeitkräften) (bitte zweistellig angeben z.B. 12,35 Stellen)
	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden insgesamt auf der Station (Köpfe/ Mitarbeiterzahl / z.B. 24)
	Anzahl der männlichen Gesundheits- und Krankenpfleger insgesamt auf der Station (Köpfe/ Mitarbeiterzahl z.B. 18)
	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden mit abgeschlossener Intensivfachweiterbildung insgesamt auf der Station (Köpfe/ Mitarbeiterzahl)
	Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden, die sich aktuell in der Intensivfachweiterbildung befinden (Köpfe/ Mitarbeiterzahl/ z.B.,04)
,	Aktuell offene Planstellen, die besetzt werden sollen (zu besetzende Sollstellen) für Gesundheits- und Krankenpflegende (in Vollzeitkräften / z.B. 03,75)
	Anzahl an Schülerinnen und –schüler, die im Laufe eines Jahres (1.1.xx - 31.12.xx) einen Schülereinsatz auf der Station haben (ggf. realitätsnahe Schätzung / z.B. 14)

16.) Wie setzt sich die Alterstruktur der Intensivpflegenden im Team zusammen?

(Bitte geben Sie die **Anzahl** der Pflegenden für die jeweiligen Altersgruppen an / ggf.realitätsnahe Schätzung)

unter 20 J.	26 bis 30 J.	41 bis 50 J.	56 bis 60 J.
20 bis 25 J.	31 bis 40 J.	51 bis 55 J.	61 J. und älter

17.) Wie hoch ist die (durchschnittliche) tägliche Patientenbelegung auf der ICU?

(gegebenenfalls realitätsnahe Schätzungen)

	durchschnittliche Anzahl der Patienten auf der ICU, die mindestens über 24 Stunden auf der Station verbleiben (Intensivpatienten)
	durchschnittliche Anzahl der Patienten, die am gleichen Tag aufgenommen und wieder verlegt werden (kurzfristige Aufnahme zur Nachbeatmung/ Katheteruntersuchungen/ Schrittmacher etc.)

18.) Wie viel ausgebildete **Pflegekräfte** arbeiten bei Ihnen (durchschnittlich) in den folgenden Schichten (durchschnittliche Schichtbesetzung, keine Ausnahmesituationen)

Frühdienst	Zwischendienste	Spätdienst	Nachtwache
--	---	--	--

19.) Wie ist die **durchschnittliche Betreuungsrelation** auf Ihrer ICU **im Frühdienst**?

(Nicht Anzahl der Pflegenden sondern Pflegende pro Patient im Frühdienst/ bitte üblichen Durchschnitt)

	Relation für beatmete Patienten	Relation für nicht beatmete Patienten	ggf. beatmete und nicht beatmete Patienten zusammen
1:1 (ein Pflegender betreut einen Patienten)	☐	☐	☐
1:1,5 (ein Pflegender betreut 1½ Patienten)	☐	☐	☐
1:2 (ein Pflegender betreut zwei Patienten)	☐	☐	☐
1:2,5 (ein Pflegender betreut 2 ½ Patienten)	☐	☐	☐
1:3 (ein Pflegender betreut 3 Patienten)	☐	☐	☐
1:3,5 (ein Pflegender betreut 3 ½ Patienten)	☐	☐	☐
1:4 (ein Pflegender betreut 4 Patienten)	☐	☐	☐
> 1:4 (ein Pflegender betreut mehr als 4 Patienten)	☐	☐	☐

20.) Welches der folgenden Arbeitszeitmodelle trifft für Ihre in Vollzeit beschäftigten Pflegenden auf der ICU am ehesten zu? (Bitte nur eine Angabe)

- ☐ Kontinuierlicher Dreischichtdienst (Frühdienst/Spätdienst/Nachtdienst)
- ☐ Dreischichtdienst mit festen Zwischendiensten
- ☐ Dreischichtdienst mit gelegentlichem Nachtdienst
- ☐ Dreischichtdienst mit flexiblen Zwischendiensten und gelegentlichem Nachtdienst
- ☐ Kontinuierlicher Zweischichtdienst (Frühdienst/Spätdienst) mit Dauernachtdienstmitarbeitern
- ☐ Vollständig individualisierte Arbeitszeitplanungen

21.) Einschätzungsfragen zur Entwicklung von 2011 zu 2010

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen zur Entwicklung aus Ihrer persönlichen Beobachtung heraus

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
In unserem Haus sollen im Jahr 2012 weitere Intensivbettenplätze aufgebaut werden (ggf. durch Neubau oder aber Aufstockung)	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2011 wurde die Bettenzahl auf unserer ICU erhöht	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2011 sind in auf unserer ICU Personalstellen im Pflegebereich aufgebaut worden (realer Personalaufbau / keine Zunahme durch Zusammenlegung)	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2011 sind auf unserer ICU Personalstellen im Pflegebereich abgebaut worden	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2011 konnten offene Stellen im Pflegebereich auf unserer ICU in aller Regel zeitnah (innerhalb von 8 Wochen) besetzt werden	☐	☐	☐	☐	☐
Die empfundene Arbeitsbelastung für die Intensivpflegenden ist zwischen 2010 und 2011 insgesamt gestiegen (Arbeitsverdichtung)	☐	☐	☐	☐	☐
Seit Anfang 2011 sind offene und zu besetzende Stellen über längere Zeit (über 12 Wochen) nicht besetzt worden	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2011 hat sich Zahl neuer Kollegen, die nach der Probezeit nicht weiter auf der ICU arbeiten wollten, gegenüber Neuanfängern im Jahr 2010 erhöht	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2011 ist die Zahl der auf unserer ICU behandelten Patienten gegenüber dem Jahr 2010 gestiegen (bzw. wird bis Ende 2011 voraussichtlich steigen)	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2011 ist die Fluktuation der Pflegenden gegenüber dem Jahr 2010 insgesamt gestiegen	☐	☐	☐	☐	☐
Aufgrund von Personalmangel musste die Station im Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2010 häufiger abgemeldet werden (hausintern oder Feuerwehrleitstelle)	☐	☐	☐	☐	☐
Aufgrund von Personalmangel auf der ICU mussten im Jahr 2011 vermehrt Operationen oder Patientenaufnahmen verschoben werden	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2011 ist der Aufwand, examinierte Pflegende für die ICU zu gewinnen, gegenüber dem Jahr 2010 gestiegen	☐	☐	☐	☐	☐
Der Anteil der Kollegen, die in Teilzeit arbeiten wollen, hat sich im Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2010 erhöht	☐	☐	☐	☐	☐
Um einen kurzfristigen Mehrbedarf an Pflegenden zu decken, setzten wir im Jahr 2011 auch Zeitarbeitskräfte ein (Leiharbeitsfirmen)	☐	☐	☐	☐	☐
Durch die Erhöhung der Arbeitszeit bei Teilzeitmitarbeitern (z.B. 50% Stelle wird zur 75% Stelle) konnte ein Personalmangel im Jahr 2011 verhindert werden	☐	☐	☐	☐	☐
In unserem Haus werden aktuell Prämien für die erfolgreiche Vermittlung von Intensivpflegenden bezahlt	☐	☐	☐	☐	☐

22.) In den letzten beiden Jahren (seit Anfang 2010)...	gestiegen	gleich geblieben	gesunken	keine Angabe
...ist die Krankheitshäufigkeit der examinierten Pflegekräfte insgesamt	☐	☐	☐	☐
...ist die kurzfristige Krankheitswiederholung einzelner Mitarbeiter	☐	☐	☐	☐
...ist die Krankheitsdauer der examinierten Pflegekräfte insgesamt.	☐	☐	☐	☐
...ist die Zahl ernsthafter und längerfristiger Erkrankungen (z.B. Burnout/Depression / ernsthafte Muskel- oder Skeletterkrankungen)	☐	☐	☐	☐

23.) Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein					
Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen zur Einhaltung von Erholungszeiten der Mitarbeiter	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Überstunden der Intensivpflegenden können zeitnah wieder abgebaut werden (innerhalb von 8 Wochen)	☐	☐	☐	☐	☐
Geplante Urlaubszeiten der Intensivpflegenden können eingehalten werden	☐	☐	☐	☐	☐
Vereinbarte Ruhezeiten (Wochenenden/ Feiertage/ Nachtwachenfrei) der Intensivpflegenden können eingehalten werden	☐	☐	☐	☐	☐
Pausenzeiten (z.B. Frühstückspausen) können in der Regel eingehalten werden	☐	☐	☐	☐	☐
Pausenzeiten können in der Regel auch außerhalb der Station genommen werden	☐	☐	☐	☐	☐
Kurzfristiges Einspringen von Vollzeitkräften kann in der Regel durch den Einsatz von ausreichend Teilzeitmitarbeitern verhindert werden	☐	☐	☐	☐	☐
Kurzfristiges Einspringen von Vollzeitkräften kann in der Regel durch den Einsatz eines „Springerpools“ verhindert werden	☐	☐	☐	☐	☐

24.) Angaben zu konkurrierenden Angeboten für Mitarbeiter		
Im Jahr 2011 sind Mitarbeiter Ihrer ICU...	Ja	Nein
...gezielt von anderen ICUs im Haus abgeworben worden	☐	☐
...gezielt von anderen Kliniken angesprochen worden	☐	☐
...gezielt von anderen Kliniken abgeworben worden	☐	☐
...gezielt von Zeitarbeitsfirmen abgeworben worden	☐	☐
...gezielt von einem auf spezialisierten ambulanten Pflegedienst (Intensiv) abgeworben worden	☐	☐
...gezielt von Arbeitsvermittlungsorganisationen (Head Huntern) abgeworben worden	☐	☐

25.) Wie wird das Budget für Ihre Personalausstattung der ICU ausgehandelt?	
Das Budget wird ohne nähere Erläuterung vorgegeben (z.B. Vorgaben durch Geschäftsführung etc.)	☐
Das Budget wird von der Stationsleitung/Abteilungsleitung mit Verantwortlichen ausgehandelt	☐
Das Budget wird von der Pflegedienstleitung/ Pflegedirektion festgelegt und erläutert	☐
Das Budget wird durch Kennzahlen ermittelt und berechnet	☐

26.) Welche Instrumente / Berechnungsgrundlagen werden ggf. für die Personalbemessung der ICU eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich)

Es werden keine systematischen Verfahren/ Instrumente für die Berechnung eingesetzt	☐
Es werden feste Relationszahlen berechnet (Pfleger pro Patient/ Pfleger pro Bett)	☐
Es werden in der Klinik selbst entwickelte Verfahren eingesetzt	☐
Es werden Kennzahlen der INEK-DRGs und der Komplexbehandlungen zugrunde gelegt	☐
Es werden Instrumente der Personalbedarfsmessung (z.B. LEP/ Impuls/ Dokumix etc.) eingesetzt	☐
Es werden TISS-Punkte pro Pflegendem berechnet	☐
Es werden Casemix-Punkte pro Pflegendem berechnet	☐

27.) Tarifliche Entlohnung des Intensivpflegepersonals

Bitte geben Sie an, wie die tariflichen Entlohnungen für das Intensivpflegepersonal geregelt sind

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Das Intensivpflegepersonal wird einheitlich und ausschließlich tariflich (z.B. nach TVöD/ BAT/ KR-Stufen / Haustarif) vergütet	☐	☐	☐	☐	☐
Es werden außertarifliche Zulagen für das gesamte Intensivpflegepersonal durch den Dienstgeber gezahlt	☐	☐	☐	☐	☐
Es werden außertarifliche Zulagen für das Intensivpflegepersonal durch andere bezahlt (z.B. finanzielle Beteiligung an Chefarztbehandlungen)	☐	☐	☐	☐	☐
Es werden leistungsorientierte Zulagen gezahlt aber an die Zielerreichung von Ergebnissen der ICU gebunden (z.B. erreichte Fallzahl / vereinbarte Erlöse)	☐	☐	☐	☐	☐
Es werden leistungsorientierte Zulagen an Mitarbeiter für besondere Zusatzaufgaben bezahlt (Übernahme von Konzepterstellung/ Qualitätszirkel etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Es werden leistungsorientierte Zulagen an Mitarbeiter für besondere Qualifikationen bezahlt (z.B. Wundmanager / Kinästhetiktrainer)	☐	☐	☐	☐	☐

Fragen zur apparativen Ausstattung Ihrer Intensivstation/Abteilung

28.) Über welche Geräteausstattung/ apparative Therapiemöglichkeiten verfügt Ihre Intensivstation/Abteilung? (Mehrfachantworten möglich)

☐ Zentrale Monitoranlage	☐ Atemunterstützende Geräte (z.B. CPAP)
☐ Beatmungsgeräte für invasive Beatmung	☐ Hämo(dia)filtration
☐ Beatmungsgeräte für nicht invasive Beatmung	☐ Schnelltransfusionsgerät
☐ Transportables Beatmungsgerät	☐ intraaortale Ballongegenpulsation (IABP)
☐ Bronchoskopie	☐ Intrakranielle Druckmessung
☐ Spezialbetten (Rotorest/ Pulmonair/ Acucare etc.)	☐ Kapnometrie
☐ Transportmonitor	☐ Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)
☐ Blutgasanalysegerät	☐ Laboruntersuchungen Blut (z.B. kl. Blutbild)
☐ Pulsoxymetrie	☐ Pulmonalkatheter (Swan-Ganz-Katheter)
☐ Thoraxdrainagen (Pleuradrainagen)	☐ Weitere:

☐ ☐ Anzahl der Beatmungsgeräte für **invasive Beatmung** (z.B. Evita/PulmoVista/ Servo/Galileo etc.)

29.) Fragen zur interdisziplinären Zusammenarbeit

Schulnoten für die Zusammenarbeit mit...	sehr gut	gut	befriedi- gend	ausrei- chend	mangel- haft	unge- nügend
dem Team insgesamt (Intensivpflegeteam)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dem aktuellen Stationsarzt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
den verantwortlichen Chefärzten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
der Pflegedienstleitung / Pflegedirektion des Hauses	☐	☐	☐	☐	☐	☐
den Pflegeleitungen der bettenführenden Stationen im Haus (insgesamt)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
der Leitung des OP	☐	☐	☐	☐	☐	☐
der Ausbildungsstätte und dem Lehrerteam der kooperierenden Schule	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fragen zur pflegerisch-medizinischen Behandlung und Verantwortung

30.) Bitte geben Sie an, wie die genannten medizinisch-pflegerischen Maßnahmen entschieden und durchgeführt werden.

Einschätzungen zu den Verantwortungsbereichen	nur Ärzte	nur Pflegende	Pflegende und Ärzte gemeinsam	keine Angabe
Wer legt die anfänglichen Beatmungseinstellungen fest?	☐	☐	☐	☐
Wer bewertet die Auswirkungen der maschinellen Beatmung auf den Patienten?	☐	☐	☐	☐
Wer passt gegebenenfalls die Einstellungen der maschinellen Beatmung an?	☐	☐	☐	☐
Wer entscheidet, dass ein Patient für ein Weaning bereit ist?	☐	☐	☐	☐
Wer entscheidet welche Weaningmethode zur Entwöhnung vom Respirator angewendet wird?	☐	☐	☐	☐
Wer entscheidet, ob ein Patient extubiert werden kann?	☐	☐	☐	☐
Wer extubiert den Patienten?	☐	☐	☐	☐
Wer entscheidet, ob ein Patient auf eine nachsorgende Station verlegt werden kann?	☐	☐	☐	☐
Wer entscheidet, ob eine Schmerzmitteldosierung bei dem Patienten erhöht werden muss?	☐	☐	☐	☐
Wer entscheidet, ob eine höhere Sedierung bei einem Patienten durchgeführt werden muss?	☐	☐	☐	☐
Wer entscheidet, ob ein Patient umintubiert werden muss?	☐	☐	☐	☐

31.) Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie hoch Sie die Mitbestimmung der Pflegenden bei medizinisch-pflegerischen Entscheidungen der Patientenversorgung insgesamt auf Ihrer ICU einschätzen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

geringe Mitbestimmung

hohe Mitbestimmung

0659192125

32.) Welche der folgenden Maßnahmen werden von Pflegenden auf Ihrer ICU **autonom** und ohne vorherige Absprache mit einem Arzt eingeleitet und durchgeführt?
(Einleiten der Maßnahme und ggf. nachfolgende Information an den Arzt) (Mehrfachantworten möglich)

☐ Endotracheales Absaugen	☐ Kurzzeitige Regulierung der Sedierung
☐ Gabe von Flüssigkeit in Form von Infusionen (NaCl)	☐ Kurzzeitige Regulierung kardiowirksamer Medikamente (z.B. Katecholamine)
☐ Gabe von leichten Schmerzmitteln (z.B. Paracetamol)	☐ Erhöhung des Peep bei Beatmung
☐ Anpassung der O ₂ Beimischung vor dem Absaugen	☐ Legen einer neuen Venenverweilkanüle
☐ Anpassung der O ₂ Beimischung bei Dauerbeatmung	☐ Verbandswechsel bei ZVK
☐ Umlagerung des Patienten in Bauchlage	☐ „Freispülen“ eines Blasenverweilkatheters
☐ Kurzzeitige Regulierung der Insulingabe (Perfusor)	☐ Legen eines Blasenverweilkatheters
☐ Spülen eines Ports mit NaCl zur Vermeidung von Katheterokklusionen	☐ Durchführung als notwendig erachteter Laboruntersuchungen (z.B. Blutgasanalysen)

Fragen zur Patientenversorgung / Patientensicherheit

33.) Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen bezüglich der **Patientenversorgung** ein

Beurteilung der pflegerischen Patientenversorgung auf der ICU	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Es sind in jeder Schicht eine ausreichende Anzahl examinierter Pfleger anwesend, um eine sichere Patientenversorgung zu gewährleisten	☐	☐	☐	☐	☐
Aufgrund einer angespannten Personalsituation müssen wir uns auf die „Kernbereiche“ der medizinischen Versorgung reduzieren (Sicherstellung vitaler Funktionen/ Therapiefortführung / Medikation)	☐	☐	☐	☐	☐
Es liegen klare Regeln vor, welche Maßnahmen der Patientenversorgung bei Überlastung des Pflegepersonals zunächst nicht durchgeführt werden sollen	☐	☐	☐	☐	☐
Expertenstandards und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften werden bei der pflegerischen Versorgung berücksichtigt	☐	☐	☐	☐	☐
Patientengefährdungen aufgrund einer unzureichenden Personalausstattung werden vermieden, indem die Station frühzeitig Bettplätze abmeldet	☐	☐	☐	☐	☐
Patientengefährdungen können nur auftreten, wenn infolge einer Katastrophe/ eines Großunfalls zeitgleich viele Patienten auf der Station aufgenommen werden	☐	☐	☐	☐	☐

34.) Aussagen zu vermeidbaren kritischen Zwischenfällen

Auf unserer ICU ist es im Jahr 2011 (seit dem 1.1.2011) zu folgenden kritischen Zwischenfällen gekommen, die bei einer besseren Personalausstattung mit hoher Wahrscheinlichkeit hätten vermieden werden können :	Ja	Nein
...Extubation durch einen Patienten während des Weaning	☐	☐
...Entfernen eines geblockten Blasenverweilkatheters durch einen Patienten	☐	☐
...Entfernen eines zentralvenösen Katheters durch einen Patienten	☐	☐
...Sturz eines unruhigen Patienten aus dem Bett (ohne gravierende Sturzfolgen)	☐	☐
...Entfernen eines Wundverbandes durch einen Patienten	☐	☐
...Entfernen einer Redondrainage durch einen Patienten	☐	☐
...Entfernen eines venösen Zugangs (Viggo) durch einen Patienten	☐	☐

- 35.) Die im folgenden Abschnitt gestellten Fragen beziehen sich auf notwendige pflegerische Maßnahmen, die aus **Zeitmangel**, **Arbeitsüberlastung** oder **Kostengründen** *gegebenenfalls* nicht durchgeführt oder ungenügend oft durchgeführt werden konnten

Wie oft ist es in den letzten 7 Arbeitstagen auf der ICU vorgekommen, dass...	nie	selten	häufiger	oft	Keine Angabe
...bei einem Patienten eine notwendige Körperwäsche nicht durchgeführt werden konnte?	☐	☐	☐	☐	☐
...bei einem Patienten eine notwendige Mundpflege nicht durchgeführt werden konnte?	☐	☐	☐	☐	☐
...ein in der Mobilität eingeschränkter oder immobiler Patient nicht so oft wie notwendig mobilisiert werden konnte? (z.B. Heraussetzen in einen Lehnstuhl)	☐	☐	☐	☐	☐
...Patienten nicht die notwendige emotionale und psychosoziale Unterstützung und Begleitung angeboten werden konnte? (z.B. im Umgang mit Unsicherheit und Angst)	☐	☐	☐	☐	☐
...ein immobiler Patient nicht so oft wie notwendig umgelagert werden konnte?	☐	☐	☐	☐	☐
...nicht zeitnah (innerhalb von 5 Minuten) auf einen Alarm bei einer Infusionspumpe/Spritzenpumpe reagiert werden konnte und der Patient Medikamente erst verzögert erhalten hat	☐	☐	☐	☐	☐
...ein Patient, der mit Hilfe essen kann, bei der Nahrungsaufnahme nicht entsprechend unterstützt werden konnte	☐	☐	☐	☐	☐
...bei einem Patienten ein notwendiger Verbandswechsel nicht durchgeführt werden konnte?	☐	☐	☐	☐	☐
...bei einem Patienten eine notwendige Tubuspflege nicht durchgeführt werden konnte	☐	☐	☐	☐	☐
...aufgrund zu hoher Arbeitsbelastung ein folgenloser Medikationsfehler unterlaufen ist? (z.B. zu hohe Fließgeschwindigkeit bei Flüssigkeitsgabe)	☐	☐	☐	☐	☐
...aufgrund zu hoher Arbeitsbelastung ein Medikationsfehler mit Folgen unterlaufen ist? (z.B. zu hohe Blutdruckabsenkung/ Hyperkaliämie/ Hypoglykämie/ längere Sedierungszeit etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
...keine angemessene Händehygiene durchgeführt werden konnte?	☐	☐	☐	☐	☐
...notwendige Desinfektionsmaßnahmen nicht durchgeführt werden konnten?	☐	☐	☐	☐	☐
...ein desorientierter Patient (Weaning/ Delir/ Durchgangssyndrom/ Demenz) nicht so intensiv überwacht werden konnte wie es hätte sein müssen?	☐	☐	☐	☐	☐
...freiheitseinschränkende Maßnahmen (z.B. Fixierung der Hände) durchgeführt werden mussten, die bei einer 1:1 Betreuung hätten vermieden werden können	☐	☐	☐	☐	☐

In Anlehnung an: © BERNCA (Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument) Schubert et. Al., 2007/08 Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Fragen zur Angehörigenarbeit

- 36.) Besondere Angebote für Angehörige der Patienten auf der Intensivstation:
(Mehrfachantworten möglich)

☐ Informationsbroschüre über die Station	☐ Dokumentation der Anwesenheit der Angehörigen in der Akte
☐ Wartezimmer für Angehörige	☐ verschriftetes Konzept zum Umgang mit Angehörigen
☐ Verpflegungsmöglichkeit der Angehörigen	☐ Erläuterung aller Geräte/ Monitorableitungen etc. bei Erstkontakt der Angehörigen
☐ Eigenes Besprechungszimmer für Gespräche	☐ Schulung für Pflegenden zur Begleitung der Angehörigen
☐ Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige (im Haus/Wohnheim)	☐ Gesprächstermine / Sprechstunden für Angehörige
☐ Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige (auf der Station/ Schlafsessel etc.)	☐ Pflegeanleitung/Schulung für Angehörige
☐ Einbeziehung von Angehörigen in Entscheidungsfindungen	☐ speziell für die Bedürfnisse von Angehörigen ansprechbares Personal oder ehrenamtliche MitarbeiterInnen /ggf. Seelsorge

37.) Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen bezüglich der **Angehörigenarbeit** ein

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Beurteilung der Angehörigenarbeit auf der ICU					
Wir haben in der Regel ausreichend Zeit, um mit Angehörigen Gespräche über die Situation/ den Zustand des Patienten zu führen	☐	☐	☐	☐	☐
Angehörige haben auf unserer ICU jederzeit die Möglichkeit des Besuchs (keine festen Besuchszeitenregelungen)	☐	☐	☐	☐	☐
Wir führen bei Patienten und ihren Angehörigen nach der Verlegung von der ICU eine abschließende Visite/ einen Besuch auf der nachsorgenden Station durch	☐	☐	☐	☐	☐
Angehörige eines sterbenden Patienten können diesen auf unserer ICU begleiten und haben die Möglichkeit auch nachts anwesend zu sein	☐	☐	☐	☐	☐
Wir haben ein Zertifikat, das unsere Intensivstation als „Angehörigenfreundliche Intensivstation“auszeichnet	☐	☐	☐	☐	☐
Wir werden uns in naher Zukunft (im Jahr 2012) um das Zertifikat „Angehörigenfreundliche Intensivstation“bewerben	☐	☐	☐	☐	☐
Wir führen „Patiententagebücher“ für schwerkranke / beatmete Patienten	☐	☐	☐	☐	☐
Wir wollen in naher Zukunft (im Jahr 2012) „Patiententagebücher“ für schwerkranke / beatmete Patienten einführen	☐	☐	☐	☐	☐

Fragen zur Einschätzung der beruflichen Pflege

38.) Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen bezüglich der **beruflichen Pflege insgesamt** ein

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Wir führen regelmäßig neue Produkte / Geräte ein oder testen diese	☐	☐	☐	☐	☐
Wir führen regelmäßig Projekte/ Studien durch, bei denen die Pflegenden Neues lernen können	☐	☐	☐	☐	☐
Wir werden regelmäßig über Neuerungen (z.B. bei Leitlinien etc.) informiert und notwendige Anpassungen werden mit uns gemeinsam erörtert	☐	☐	☐	☐	☐
Die durch den Dienstgeber finanzierten Weiterbildungsmöglichkeiten / Fortbildungsmöglichkeiten für unser Team würde ich als sehr gut bewerten	☐	☐	☐	☐	☐
Wir haben ausreichend Auszubildende/Schüler auf unserer Station, die wir für die Intensivpflege begeistern/ anwerben können	☐	☐	☐	☐	☐
Wir benötigen neben den fachweitergebildeten Pflegenden zukünftig auch akademisierte Pflegenden, die z.B. Studien recherchieren und beurteilen können	☐	☐	☐	☐	☐
Wir verfügen über ein erprobtes Einarbeitungskonzept, das neuen Mitarbeitern einen begleiteten Einstieg in die Intensivpflege ermöglicht	☐	☐	☐	☐	☐
Für ältere Mitarbeiter des Intensivteams existieren klare Konzepte (z.B. bei der Dienstplangestaltung/ Schichtzeiten), die ihnen einen Verbleib im Pflegeberuf bis zur Erreichung des Rentenalters ermöglichen	☐	☐	☐	☐	☐

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V.

Hülchrather Straße 15

50670 Köln

0221 / 4686130

<http://www.dip.de>

Projektleitung:

Prof. Dr. Michael Isfort

Prof. Dr. Frank Weidner

Mitarbeit

Danny Gehlen