

Pflegepersonaluntergrenzen – Expertenbefragung

Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten
zur Identifikation von pflegesensitiven
Bereichen in Krankenhäusern

ERGEBNIS
BERICHT

Pflegepersonaluntergrenzen – Expertenbefragung

Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten
zur Identifikation von pflegesensitiven
Bereichen in Krankenhäusern

Anatol-Fiete Näher
Monika Sander
Martin Albrecht

unter Mitarbeit von:
Nathalie Keil

Studie

für den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Berlin, März 2018

Autoren

Dr. Martin Albrecht
Anatol-Fiete Näher
Dr. Monika Sander

unter Mitarbeit von:
Nathalie Keil

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

1.	Hintergrund	6
2.	Methodisches Vorgehen	6
2.1	Studiendesign	6
2.1.1	Entwicklung des Gesprächsleitfadens	6
2.1.2	Auswahlkriterien für die Pflegeexpertinnen und -experten	7
2.1.3	Vorgehen bei der Rekrutierung der Pflegeexpertinnen und – experten	10
2.2	Verlauf und Erfolg der Rekrutierung	11
2.3	Durchführung und Auswertung der Gespräche	14
3.	Ergebnisse	15
3.1	Arbeitsbelastung der Pflegefachkräfte und Zufriedenheit der Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen mit der Personalsituation	15
3.2	Abgrenzung eines Bereiches im Krankenhaus	16
3.3	Ergebnisse zur Pflegesensitivität von Bereichen	17
3.3.1	Allgemeine Ergebnisse	17
3.3.2	Ergebnisse bezüglich Nacht- und Wochenenddiensten	18
3.3.3	Bereichsspezifische Ergebnisse	20
4.	Fazit	38
	Abbildungen	4
	Tabellen	4

Abbildungen

Abbildung 1:	Verteilung der befragten Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen nach Zufriedenheit mit der Personalsituation im eigenen Zuständigkeitsbereich (in %)	15
Abbildung 2:	Verteilung der befragten Pflegefachkräfte nach Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen (in %)	16
Abbildung 3:	Rangliste der Bereiche nach Pflegesensitivität, Bereiche mit der insgesamt häufigsten Nennung auf Position 1 bis 3	38

Tabellen

Tabelle 1:	Übersicht über die Vorgaben zur Rekrutierung für die einzelnen Auswahlkriterien	9
Tabelle 2:	Verlauf der Interview-Rekrutierung	12
Tabelle 3:	Ergebnisse der Rekrutierung von Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen sowie Pflegefachkräften nach Auswahlkriterien des Krankenhausstandortes	13
Tabelle 4:	Anzahl der Krankenhausstandorte der befragten Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräfte mit bestimmten Fachabteilungen	14
Tabelle 5:	Einstufung der Geriatrie nach Pflegesensitivität – Anzahl der Nennungen bei der offenen Frage und bei der Frage mit Vorgabe der Bereiche sowie die drei am häufigsten genannten unerwünschten Ereignisse in diesem Bereich	22
Tabelle 6:	Einstufung der Neurologie nach Pflegesensitivität – Anzahl der Nennungen bei der offenen Frage und bei der Frage mit Vorgabe der Bereiche sowie die drei am häufigsten genannten unerwünschten Ereignisse in diesem Bereich	24
Tabelle 7:	Einstufung der Allgemeinen Chirurgie, Herzchirurgie und Unfallchirurgie nach Pflegesensitivität – Anzahl der Nennungen bei der offenen Frage und bei der Frage mit Vorgabe der Bereiche sowie die drei am häufigsten genannten unerwünschten Ereignisse im Bereich Herz- und Unfallchirurgie	28
Tabelle 8:	Einstufung der Inneren Medizin und der Kardiologie nach Pflegesensitivität – Anzahl der Nennungen bei der offenen Frage und der Frage mit Vorgabe der Bereiche sowie die drei am häufigsten genannten unerwünschten Ereignisse im Bereich Kardiologie	32
Tabelle 9:	Einstufung der Intensivmedizin nach Pflegesensitivität – Anzahl der Nennungen bei der offenen Frage und bei der Frage mit	

	Vorgabe der Bereiche sowie die drei am häufigsten genannten unerwünschten Ereignisse	34
Tabelle 10:	Einstufung von Bereichen nach Pflegesensitivität (Anzahl und Anteil der Befragten – offene Frage)	35
Tabelle 11:	Einstufung von Bereichen nach Pflegesensitivität (Anzahl und Anteil der Befragten – Frage mit Vorgabe der Bereiche)	35

1. Hintergrund

Mit dem „Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten“ vom 17. Juli 2017 wurde die Einführung von verbindlichen Personaluntergrenzen in „pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern“ beschlossen (§ 137i Abs. 1 SGB V).

Demnach sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festzulegen und für diese Bereiche verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für alle zugelassenen Krankenhäuser zu vereinbaren. Zusätzlich sind Maßnahmen vorzusehen, um Personalverlagerungseffekte zu vermeiden und notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen zu bestimmen.

Dabei sind gemäß den Vorgaben des Gesetzgebers unter pflegesensitiven Bereichen solche Bereiche zu verstehen, in denen ein ersichtlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl an Pflegefachkräften und dem Vorkommen von unerwünschten Ereignissen (z. B. Dekubitus, Wundinfektionen oder Thrombosen) besteht. Zudem sind gemäß § 137i Abs. 1 SGB V bei der Festsetzung der Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen die dazugehörigen Intensiveinheiten – in begründeten Fällen auch außerhalb von pflegesensitiven Bereichen – sowie die Besetzungen im Nachtdienst zu berücksichtigen.

Die bisherige Diskussion hat gezeigt, dass für die Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern und der Festlegung von Personaluntergrenzen ein zusätzlicher Informationsbedarf besteht. Im Auftrag des GKV-SV und der DKG hat diese Studie daher zum Ziel, auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten aus Wissenschaft und Praxis weitere Erkenntnisse zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern zu gewinnen.

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Studiendesign

Für die Studie wurde eine qualitative leitfadengestützte telefonische Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten durchgeführt. Geplant war eine Zielgröße von insgesamt 75 Pflegeexpertinnen oder -experten, davon 30 Pflegefachkräfte, 30 Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen sowie 15 Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler. Die Gespräche waren auf eine Dauer von ungefähr 20 Minuten ausgelegt.

2.1.1 Entwicklung des Gesprächsleitfadens

Das IGES Institut entwickelte in Abstimmung mit den Auftraggebern einen Gesprächsleitfaden. Dieser bestand aus drei Frageblöcken:

- ◆ Der erste Frageblock enthielt eine kurze Einführung (u. a. Hintergrund der Studie, Hinweis auf Anonymität) und Fragen zum beruflichen Werdegang der Befragten (u. a. Jahre der Berufserfahrung). Zusätzlich wurden den Pflegefachkräften drei geschlossene Fragen zur persönlichen Arbeitsbelastung und den Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen eine Frage zur Zufriedenheit mit der Personalsituation im Zuständigkeitsbereich gestellt.
- ◆ Im zweiten Frageblock wurden die Befragten offen dazu befragt, welche Krankenhausbereiche aus ihrer Sicht pflegesensitiv sind, d. h., in welchen Bereichen im Krankenhaus ein Zusammenhang zwischen der Anzahl an Pflegekräften und dem Auftreten unerwünschter Ereignisse besteht und wie dies ihrer Meinung nach zu begründen ist. Zusätzlich wurde nach Unterschieden zwischen Tag-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten sowie nach der Situation im Intensivbereich gefragt.
- ◆ Im dritten Frageblock wurden die Überlegungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hinsichtlich der sechs Bereiche (Geriatric, Herzchirurgie, Intensivmedizin, Kardiologie, Neurologie und Unfallchirurgie), auf die sich die DKG und GKV-SV im Vorfeld verständigt hatten, diskutiert. Auch für diese sechs Bereiche wurde jeweils nach Unterschieden zwischen Tag-, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten sowie nach der Situation im Intensivbereich gefragt.

Außerdem wurde die Befragten zum Abschluss des Gesprächs darum gebeten, eine Rangliste der ihrer Meinung nach drei wichtigsten pflegesensitiven Bereiche zu erstellen.

Der Begriff „Bereich“ wurde zunächst in den Gesprächen nicht definiert. Nach Beantwortung der Fragen durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde anschließend erfragt, wie der genannte Bereich sich aus der Sicht der Befragten definiert bzw. was die Befragten unter dem Begriff „Bereich“ verstehen.

2.1.2 Auswahlkriterien für die Pflegeexpertinnen und -experten

In Abstimmung mit den Auftraggebern wurden Kriterien festgelegt, nach denen die Rekrutierung der Pflegeexpertinnen und -experten durchgeführt wurde. Bei den Pflegefachkräften sowie Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen bestanden diese – neben der Berufserfahrung – in einzelnen Charakteristika der Krankenhäuser, an denen die jeweiligen Pflegefachkräfte sowie Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen beschäftigt sind, nämlich:

- ◆ Größe (gemessen anhand der Bettenanzahl)
 - ◆ Trägerschaft
 - ◆ Bundesland
 - ◆ Region (städtisch versus ländlich)
-

Die Auswahl der Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler erfolgte aufgrund von Qualifikation, Publikationen im Bereich der Krankenhauspflege sowie einer Mischung verschiedener Arten von Forschungseinrichtungen. Die genauen Auswahlkriterien werden im Folgenden erläutert.

Auswahlkriterien für die Pflegefachkräfte und Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen

Die Auswahl der Pflegefachkräfte sowie Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen wurde anhand der folgenden Vorgaben durchgeführt (Tabelle 1):

- ◆ jeweils zehn Pflegefachkräfte sowie Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen aus „kleinen Krankenhäusern“, d. h. aus allgemeinen Krankenhäusern mit einer Bettenanzahl zwischen 100 und 299 Betten,
- ◆ jeweils zehn Pflegefachkräfte sowie Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen aus „mittleren Krankenhäusern“, d. h. aus allgemeinen Krankenhäusern mit einer Bettenanzahl zwischen 300 und 799 Betten,
- ◆ jeweils zehn Pflegefachkräfte sowie Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen aus „großen Krankenhäusern“, d. h. aus allgemeinen Krankenhäusern mit einer Bettenanzahl von mindestens 800 Betten,
- ◆ jeweils zwei Pflegekräfte und zwei Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen pro Bundesland,
- ◆ 15 Pflegekräfte sowie 15 Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen aus „städtischen Regionen“, d. h. aus Regionen mit einer Bevölkerungsdichte von über 150 Einwohnern / km²,
- ◆ 15 Pflegekräfte sowie 15 Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen aus „ländlichen Regionen“, d. h. aus Regionen mit einer Bevölkerungsdichte von unter 150 Einwohnern / km²,
- ◆ jeweils zehn Pflegefachkräfte sowie jeweils zehn Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen aus öffentlichen Krankenhäusern, freigemeinnützigen Krankenhäusern und privaten Krankenhäusern.

Des Weiteren wurde vorausgesetzt, dass alle Pflegefachkräfte examinierte Kranken- und Gesundheitspfleger mit mindestens fünfjähriger Berufserfahrung im Bereich der Krankenhauspflege waren.

Tabelle 1: Übersicht über die Vorgaben zur Rekrutierung für die einzelnen Auswahlkriterien

Auswahlkriterium	geforderte Anzahl Pflegeexpertinnen/-experten je Auswahlkriterium
Krankenhausgröße	
kleine Krankenhäuser	10
mittlere Krankenhäuser	10
große Krankenhäuser	10
Trägerschaft	
öffentlich	10
gemeinnützig	10
privat	10
Bundesland	
Berlin	2
Sachsen	2
...	2
Region	
städtisch	15
ländlich	15

Quelle: IGES Institut

Auswahlkriterien für die Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler

Für die Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler wurden die folgenden Kriterien zugrunde gelegt:

- ◆ Die Expertinnen und Experten sind mindestens promoviert.
- ◆ Die Expertinnen und Experten forschen zu den Themen, die für die Befragung relevant sind, d. h., es liegen mindestens zwei wissenschaftliche Publikationen zur Pflegesituation im Krankenhaus vor.
- ◆ Die Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler waren bisher nicht an der parlamentarischen Diskussion um die Pflegeuntergrenzen beteiligt.

Des Weiteren wurde die Auswahl anhand der besetzten beruflichen Position priorisiert. Dabei wurde von der Annahme ausgegangen, dass höherrangige Positionen

mit einer längeren Forschungserfahrung und daher einer größeren Expertise einhergehen. Es wurde zudem darauf geachtet, dass die Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler aus verschiedenen Arten von Forschungseinrichtungen kommen, d. h., dass sowohl Universitäten als auch Fachhochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen vertreten sind.

2.1.3 Vorgehen bei der Rekrutierung der Pflegeexpertinnen und -experten

Vorgehen bei der Rekrutierung der Pflegekräfte

Die 30 Pflegefachkräfte wurden anhand der vorgegebenen Kriterien von einem Unterauftragnehmer, der Schmiedl Marktforschung GmbH, rekrutiert. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da für die Pflegefachkräfte i. d. R. keine Kontaktdaten öffentlich zugänglich sind. Eine Kontaktaufnahme wäre daher nur über die Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen oder Krankenhausleitungen möglich. Dies führt erfahrungsgemäß zu einer längeren Rekrutierungsdauer, was angesichts des engen Zeitplans des Projektes nicht möglich war. Zusätzlich wäre bei dieser Form der Rekrutierung u. U. auch nicht gewährleistet, dass die Pflegekräfte unabhängig ihre eigene Meinung wiedergeben können. Die Schmiedl Marktforschung GmbH wurde aufgrund ihrer Spezialisierung auf die Rekrutierung von Interviewpersonen, insbesondere auch im Gesundheitswesen, ausgewählt. Sie verfügt durch ein Panel-Netzwerk über einen Zugang zu über 70.000 im medizinischen Bereich tätigen Personen, darunter auch Pflegefachkräfte.¹

Vorgehen bei der Rekrutierung der Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen

Die Rekrutierung der 30 Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen wurde durch das IGES Institut durchgeführt. Hierzu wurde eine Liste aller Standorte der allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland herangezogen. Die Liste enthielt die erforderlichen Auswahlkriterien sowie die Institutionskennzeichen (IK) der Krankenhausstandorte, aber nicht die Namen der betreffenden Krankenhäuser. Über die Filterfunktion wurden dann schrittweise die benötigten Auswahlkriterien eingestellt. In der jeweiligen Trefferliste wurde dann zufällig jeder zweite Krankenhausstandort ausgewählt. Für die ausgewählten Krankenhausstandorte wurde anhand der IK der Namen des Krankenhausstandortes zugeordnet und die Kontaktdaten der jeweiligen Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen recherchiert.

Vorgehen bei der Rekrutierung der Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler

Zur Auswahl der 15 Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler wurden durch das IGES Institut zunächst alle in Deutschland vorhanden Forschungseinrichtungen für Pflegewissenschaft (Hochschule, Universitäten sowie außeruniversitäre

¹ Die Pflegefachkräfte erhielten für ein durchgeführtes Interview ein Incentive.

Forschungseinrichtungen) recherchiert.² Anhand dieser Liste wurde ein Pool mit den dort ansässigen Expertinnen und Experten gebildet, welche die oben genannten Kriterien erfüllten.³ Aus diesem Pool wurden im nächsten Schritt 15 Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler zufällig ausgewählt, indem jede zweite Person auf der Liste ausgewählt wurde.

2.2 Verlauf und Erfolg der Rekrutierung

Die ausgewählten Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen sowie Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler wurden per E-Mail angeschrieben und um eine Rückmeldung innerhalb von einer Woche gebeten, ob Interesse an einer Teilnahme an der Befragung bestehe. Nach Ablauf dieser Frist wurden die potentiellen Interviewpartnerinnen und -partner telefonisch kontaktiert. Im Falle von Absagen wurden weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer den erforderlichen Kriterien gemäß nachrekrutiert.

Insgesamt wurden 71 Interviews durchgeführt, darunter 29 mit Pflegefachkräften, 30 mit Pflegedirektorinnen und -direktoren sowie 12 mit Pflegewissenschaftlerinnen oder -wissenschaftlern (Tabelle 2). Dies entspricht rd. 94,7 % der geplanten Interviews.

² Dies ergab eine Trefferliste von 58 Organisationen.

³ Dies ergab eine Liste von 31 Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern.

Tabelle 2: Verlauf der Interview-Rekrutierung

	Pflege- wissenschaftlerinnen und -wissenschaftler	Pflegedirektorinnen und -direktoren so- wie Pflegedienst- leitungen	Pflegefachkräfte
angeschriebene Experten	21	117	379
Zusagen	15	33	30
Absagen	4	16	*
keine Reaktion	2	68	*
geführte Interviews	12	30	29
% der Vorgaben	80,0%	100,0%	96,7%
„Rücklaufquote“**	57,1%	25,6%	7,6%

Quelle: IGES Institut

Anmerkung: *Es sind keine Detailinformationen vorhanden, da die Rekrutierung durch Schmiedl GmbH erfolgte.
** Anzahl der geführten Interviews im Verhältnis zur Anzahl der angeschriebenen Experten

Die Abweichungen von den Zielvorgaben für die Rekrutierung ergaben sich bei den Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern sowie bei den Pflegefachkräften im Wesentlichen durch kurzfristige Terminabsagen (v. a. aufgrund von Erkrankungen der Expertinnen und Experten), so dass in der verbleibenden Zeit kein Ersatztermin gefunden werden konnte.

Da zu Beginn der Rekrutierung Schwierigkeiten erkennbar waren, insbesondere Pflegefachkräfte und Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen aus kleinen Krankenhäusern sowie aus privaten Krankenhäusern zu rekrutieren, wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber insbesondere für die Rekrutierung von Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen kleinere Krankenhäuser sowie Krankenhäuser in privater Trägerschaft in überdurchschnittlich hoher Anzahl angeschrieben. Hierdurch ergaben sich, wie aus Tabelle 3 ersichtlich, Abweichungen von der vorgegebenen Rekrutierungsanzahl bezüglich öffentlicher Träger und städtischen Regionen bei den Pflegefachkräften sowie bezüglich freigemeinnütziger Träger bei den Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen.

Tabelle 3: Ergebnisse der Rekrutierung von Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen sowie Pflegefachkräften nach Auswahlkriterien des Krankenhausstandortes

	Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflege- dienstleitungen (n = 30)	Pflegefachkräfte (n = 29)
Bettenanzahl		
100 bis 299	11	7
300 bis 799	11	10
800 und mehr	8	12
Trägerschaft		
privat	8	6
öffentlich	10	15
freigemeinnützig	12	8
Region		
Stadt	16	20
Land	14	9
Bundesland		
Baden-Württemberg	2	1
Bayern	2	2
Berlin	1	6
Brandenburg	2	2
Bremen	1	2
Hamburg	1	2
Hessen	3	2
Mecklenburg-Vorpommern	3	1
Niedersachsen	1	3
Nordrhein-Westfalen	2	1
Rheinland-Pfalz	3	
Saarland		1
Sachsen	1	1
Sachsen-Anhalt	3	
Schleswig-Holstein	4	3
Thüringen	1	2

Quelle: IGES Institut

Bis auf wenige Ausnahmen hatten alle Krankenhausstandorte der befragten Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen sowie Pflegefachkräfte chirurgische (n = 57) und internistische (n = 56) Abteilungen (Tabelle 4). Am wenigsten vertreten war die Herzchirurgie – diese gab es an 12 Krankenhausstandorten.

Tabelle 4: Anzahl der Krankenhausstandorte der befragten Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräfte mit bestimmten Fachabteilungen

Fachabteilungen (FA) der Krankenhausstandorte	Anzahl KH-Standorte der Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen (n=30)	Anzahl KH-Standorte der Pflegefachkräfte (n=29)	Anzahl KH-Standorte mit entsprechender FA insgesamt
Chirurgie	29	28	57
Innere Medizin	28	28	56
Unfallchirurgie	26	21	47
Neurologie	19	17	36
Kardiologie	12	19	31
Geriatrie	9	7	16
Herzchirurgie	3	9	12

Quelle: IGES auf Basis einer Befragung der Pflegeexpertinnen und -experten

Die befragten Pflegefachkräfte hatten im Durchschnitt 22,9 Jahre Berufserfahrung in der Krankenhauspflege (Minimum: 5 Jahre, Maximum: 36 Jahre)⁴, die befragten Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen 26,5 Jahre (Minimum: 12 Jahre, Maximum: 44 Jahre).

2.3 Durchführung und Auswertung der Gespräche

Die Gespräche fanden in den Zeiträumen vom 7. Februar 2018 bis zum 13. März 2018 sowie vom 22. März bis zum 28. März statt. Alle Gespräche wurden jeweils von zwei bis drei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IGES Instituts durchgeführt, so dass sich eine Person auf die Gesprächsführung und die andere Person auf die Mitschriften konzentrieren konnte. Die Interviews wurden zunächst protokolliert und die Mitschriften basierend auf den Vorgaben des Leitfadens strukturiert. Zur systematischen Erfassung wurden die Inhalte der Protokolle anschließend nach Themenkomplexen gebündelt und in eine Auswertungsmatrix

⁴ Eine Pflegefachkraft machte keine Angaben zu ihrer Berufserfahrung in der Krankenhauspflege.

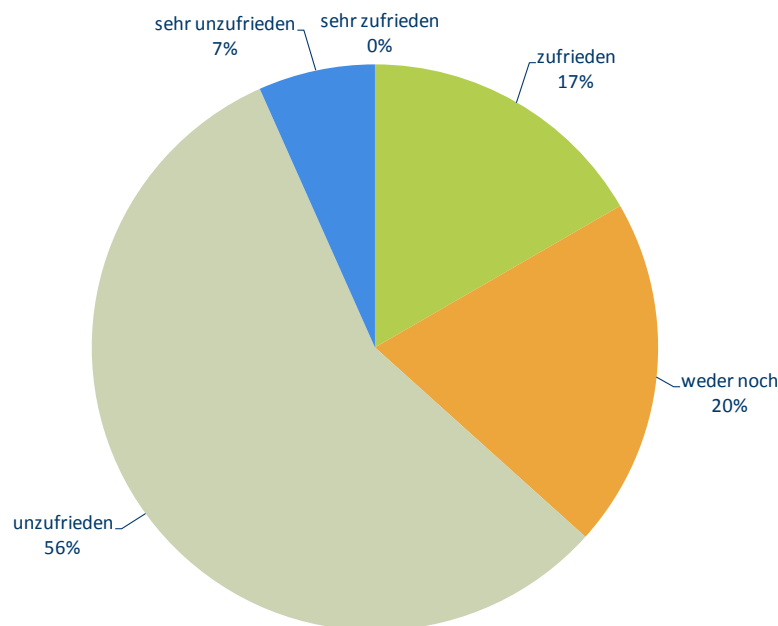
übertragen. Anhand dieser wurden die einzelnen Gesprächsinhalte themenorientiert zwischen den Interviewpartnern verglichen und Ähnlichkeiten und Abweichungen identifiziert.

3. Ergebnisse

3.1 Arbeitsbelastung der Pflegefachkräfte und Zufriedenheit der Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen mit der Personalsituation

Knapp zwei Drittel der befragten Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen waren mit der Personalsituation in ihrem Zuständigkeitsbereich unzufrieden oder sehr unzufrieden (Abbildung 1). Dies wurde mehrheitlich mit dem Pflegefachkräftemangel begründet. So sei es schwierig, offene Stellen zu besetzen, was zu einer hohen Belastung der angestellten Pflegefachkräfte führe (u. a. keine Flexibilität bei der Dienstplanung, keine freien Tage bzw. Pausen).

Abbildung 1: Verteilung der befragten Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen nach Zufriedenheit mit der Personalsituation im eigenen Zuständigkeitsbereich (in %)

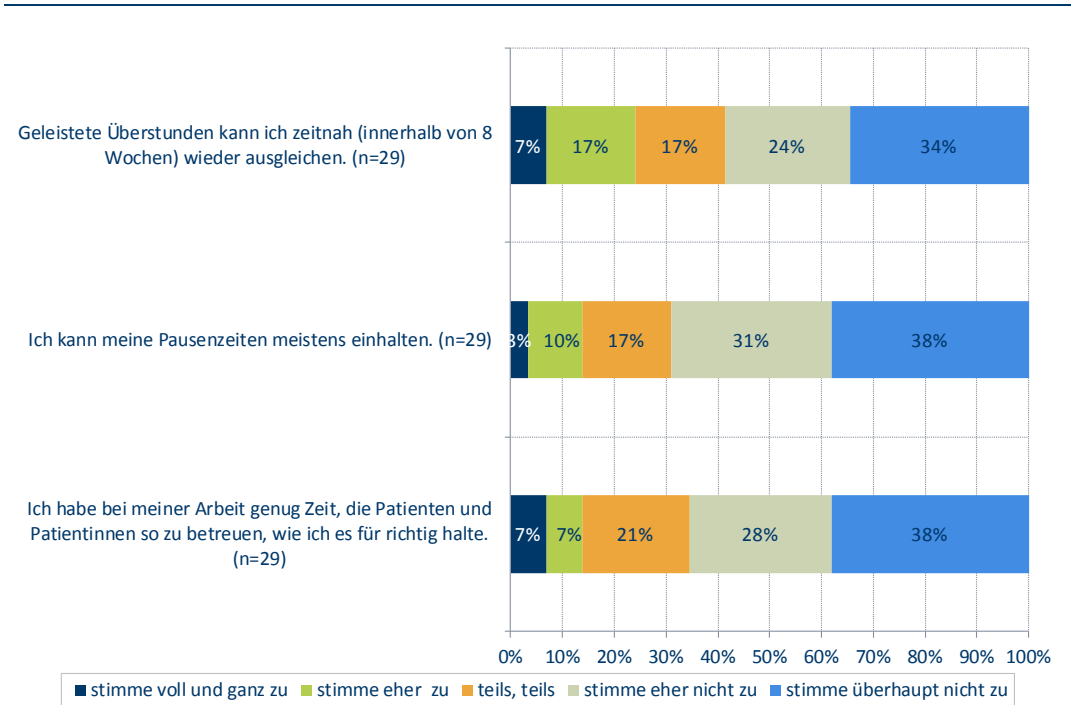


Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten
Anmerkung: n = 30

Mehr als die Hälfte der befragten Pflegekräfte stimmte den Aussagen, geleistete Überstunden zeitnah ausgleichen zu können, Pausenzeiten einhalten zu können

und die Patientinnen und Patienten so zu betreuen, wie es für richtig gehalten wird, nicht oder überhaupt nicht zu (Abbildung 2).

Abbildung 2: Verteilung der befragten Pflegefachkräfte nach Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen (in %)



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten

3.2 Abgrenzung eines Bereiches im Krankenhaus

Grundsätzlich gab es unter den Befragten zwei verschiedene Definitionen bzw. Abgrenzungen eines Krankenhausbereichs:

- ◆ als „Fachdisziplin“
- ◆ als „Station“

Der Großteil der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer gab auf Nachfrage an, den Begriff „Bereich“ im Sinne der damit bezeichneten medizinischen Fachdisziplin zu verstehen (n = 51). Demzufolge könnten Patientinnen und Patienten anhand ihrer Erkrankungen, deren Diagnostik und Therapie bei Mehrfacherkrankungen stets unter Leitung des in höchstem Maße relevanten Fachs fällt, gruppiert werden. Prinzipiell lassen sich auf Basis dieser Gruppierung pflegesensitive Bereiche bestimmen.

Ein zweiter Ansatz, der überproportional häufig von Pflegefachkräften geteilt wurde, bestand darin, den Begriff „Bereich“ mit den korrespondierenden Statio-

nen im Krankenhaus gleichzusetzen. Dabei wurden diese mit bestimmten Erkrankungsbildern der Patienten verknüpft, die dort behandelt werden. Auch mittels dieses Verständnisses von „Bereich“ lassen sich pflegesensitive Bereiche festlegen.

Im Gegensatz hierzu wurde von einzelnen Befragten erwähnt, dass es zwar klinische Einheiten gebe, deren Organisation sich an den prozessualen Anforderungen der einzelnen medizinischen Fachdisziplinen orientiere, Patientinnen und Patienten jedoch zunehmend interdisziplinär behandelt würden. Als Folge hiervon lägen zunehmend „fachfremde“ Patientinnen und Patienten auf den jeweiligen Stationen. Eine Bestimmung pflegesensitiver Bereiche gemäß den im vorangehenden Absatz vorgestellten Überlegungen sei demzufolge nicht sinnvoll. Ein Teil der Interviewpartnerinnen und -partner, von denen diese Aussagen stammten, favorisierten daher eine Bereichsdefinition anhand medizinischer Fachdisziplinen. Ein zweiter Teil der Befragten sprach sich für eine individuelle, am Patienten orientierte Bemessung von Pflegesensitivität aus, da ihnen angesichts der geschilderten Beobachtung eine Gruppierung nach Fachdisziplinen nicht zielführend erscheint.

3.3 Ergebnisse zur Pflegesensitivität von Bereichen

3.3.1 Allgemeine Ergebnisse

Die Meinungen der Expertinnen und Experten bezüglich der Pflegesensitivität einzelner Bereiche im Krankenhaus lassen sich berufsfeldübergreifend zwei Gruppen zuordnen: Bei der ersten Gruppe handelt es sich um den Teil der Befragten, welche die Frage nach einzelnen pflegesensitiven Bereichen aufgrund ihrer kritischen Überlegungen zum definitorischen Konzept der Pflegesensitivität nicht beantworten konnten und wollten. Die zweite Gruppe ist im Wesentlichen identisch mit dem Teil der Befragten, die eine Gruppierung von Patienten anhand klinischer Fachdisziplinen oder stationärer Einheiten für praktikabel halten und Aussagen zu einzelnen pflegesensitiven Bereichen machten.

Gemeinsame Überzeugung der ersten Gruppe ist die Annahme, dass die Konzepte von Pflegesensitivität und Pflegeintensität nicht zu trennen seien. Demnach lasse die Definition von Pflegesensitivität als personalzahlassoziiertes Risiko für Pflegekomplikationen keine isolierte Betrachtung einzelner Bereiche zu: Patientinnen oder Patienten, die in Hinblick auf Schwere und Charakteristika des vorliegenden Erkrankungsbildes gruppierbar sind, könnten sich in Hinblick auf den individuellen Pflegebedarf und die damit anfallende Pflegeintensität erheblich unterscheiden. Dieser Argumentation gemäß bestünden zwischen Personalzahlen und Pflegerisiken zwar Zusammenhänge, jedoch sei die konkrete Ermittlung eines zur Risikominimierung notwendigen Personalbedarfs nur auf Basis eines patientenzentrierten Ansatzes möglich.

Mit Blick auf diese Sichtweise wurden die Gespräche dahingehend vertieft, zu eruieren, inwieweit der Ansatz, Patienten in Bezug auf mögliche personalzahlassoziierte Risiken zu gruppieren, überhaupt Akzeptanz findet. Dabei ließen sich zwei

Meinungstendenzen herausarbeiten: Von einer ersten Teilgruppe der Interviewtenehmerinnen und -teilnehmern wird Diskussion um die Festlegung pflegesensitiver Bereiche vornehmlich unter dem Aspekt prinzipiell zu niedrig angesetzter Personalschlüssel geführt. Deshalb wurden Einschätzungen zu einzelnen pflegesensitiven Bereichen in dieser Gruppe nur selten abgegeben. Sofern im Rahmen dieser Vorstellungen Bereiche bewertet wurden, erfolgte dies meistens unter grundsätzlichen konzeptionellen Vorbehalten aufgrund der Bevorzugung primär patientenorientierter Ansätze.

Die Aussagen einer zweiten Teilgruppe von Befragten lassen sich dahingehend interpretieren, dass sich Patienten, die einen hohen Pflegebedarf und hohe Risiken für Komplikationen aufweisen, in bestimmten klinischen Fachdisziplinen häufen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Gruppe machten in der Regel Angaben zu einzelnen pflegesensitiven Bereichen. Allerdings wurde in diesem Zusammenhang häufig darauf hingewiesen, dass dennoch grundsätzlich an einem patientenzentrierten Ansatz zur Bestimmung von Pflegerisiken festzuhalten sei. Demnach werde eine Orientierung der Personalplanung an festgesetzten Bereichen allein der bestehenden Situation nicht gerecht.

Zusätzlich äußerten einzelne Befragte beider Teilgruppen Befürchtungen dahingehend, dass die Umsetzung des Vorhabens, Personaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche festzulegen, zu Personalverschiebungen und damit zu einer weiteren Verschlechterung des Personalschlüssels in anderen Bereichen führe. Auch wurde von allgemeinen Bedenken berichtet, dass Untergrenzen im Zuge der Personalplanung als exakte Maßvorgaben und nicht als Mindestzahlen angesehen würden. Den Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner entsprechend, müsse es daher vermieden werden, Untergrenzen zu niedrig anzusetzen.

3.3.2 Ergebnisse bezüglich Nacht- und Wochenenddiensten

Nachtdienste

Die Nachtdienste wurden im Vergleich zum normalen Tagdienst unter der Woche von insgesamt 50 Befragten als pflegesensitiver eingeschätzt. Wesentlich für die Begründung der Antworten waren vor allem die von der überwiegenden Mehrheit der Interviewtenehmerinnen und -teilnehmer angegebenen stark reduzierten Personalschlüssel während der Dienste. Insbesondere die Pflegefachkräfte betonten, dass sie während der Dienste oft mit bis zu 40 Patienten alleine seien. Im weiteren Gespräch berichteten die Expertinnen und Experten von zusätzlichen Faktoren, die die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals während der Nachtdienste erhöhten und damit zu einem Anstieg personalzahlassoziiertes Pflegerisiken führten:

- ♦ Durch die allgemeine Verkürzung der Verweildauern sei der Dokumentationsaufwand erheblich angestiegen und ein großer Anteil der damit verbundenen Aufgaben müsse nachts erledigt werden.

- ◆ Zudem gebe es, vor allem in den operativen Fächern, kaum noch Unterschiede zwischen den normalen Arbeitsabläufen am Tag und nachts, was bei unterschiedlichen Personalbesetzungszahlen zu einer erheblichen Mehrbelastung in den Nachtdiensten führe.
- ◆ Außerdem wurde angegeben, dass das stark angestiegene Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten die Stationsüberwachung zusätzlich erschwere. Begründet wurde dies mit der erhöhten nächtlichen Aktivität dementiell erkrankter Patientinnen und Patienten.

Der Meinung der überwiegenden Mehrheit der befragten Expertinnen und Experten nach sei aus diesen Gründen eine hinreichende Überwachung der Patientinnen und Patienten bei grundsätzlich reduzierter nächtlicher Personalbesetzung nicht möglich. In bestimmten Fällen seien die Erkrankten gar nicht zu überwachen, z. B. wenn alle Kapazitäten durch Notfälle gebunden seien.

Hingegen gaben 18 Befragte an, dass es keinen Unterschied zwischen personalzahlassoziierten Pflegerisiken in den Nachtdiensten und in den normalen Tagdiensten unter der Woche gebe. Als Grund hierfür wurde angeführt, dass den grundsätzlich geringeren Personalzahlen nachts Entlastungseffekte durch weniger Routineaufgaben und schlafende Patienten gegenüberstünden, die sich im Hinblick auf die Pflegerisiken gegenseitig kompensierten.

Innerhalb beider Gruppen von Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmern wurden als Mindestvoraussetzung zur Überbrückung von Personalengpässen der Einsatz von Hilfspersonal in den Nachtdiensten vorgeschlagen.

Zwei befragte Personen (eine Pflegefachkraft sowie eine Pflegedirektorin bzw. ein -pflegedirektor bzw. eine Pflegedienstleitung) bezeichneten die Pflegerisiken nachts als geringer, da aufgrund weniger Operationen und des damit verbundenen Personalaufwands pflegerische Abläufe besser zu strukturieren seien. Zusätzlich werde nachts keine Diagnostik oder Regelversorgung durchgeführt, weshalb es nachts generell ruhiger sei.

Eine befragte Person gab an, nicht über das ausreichende Wissen zu verfügen, um fundierte Aussagen bezüglich der Situation während der Nachtdienste zu treffen.

Wochenend- und Feiertagsdienste

Bezüglich der Dienste an Wochenenden und Feiertagen gaben 37 Befragte an, dass personalzahlassoziierte Pflegerisiken zu diesen Dienstzeiten im Vergleich zu den normalen Diensten unter der Woche höher seien. Als gleich groß wurden die Risiken von 29 Expertinnen und Experten eingeschätzt, als geringer von vier Befragten. Eine befragte Person verfügte nach eigenen Angaben über keine Erfahrungen und konnte daher keine Angaben machen.

Als Gründe für an Wochenenden und Feiertagen erhöhte Risiken wurden genannt, dass an diesen Tagen häufig mit verringerten Personalbesetzungen gearbeitet werde und gleichzeitig die Arbeitsdichte an Wochenenden und Feiertagen zugenommen habe. Insgesamt würden zwar aufgrund der reduzierten diagnostischen

Maßnahmen weniger Routineaufgaben anfallen, allerdings könne dies den Risikoanstieg infolge der geringeren Personaldichte nicht ausgleichen. Als Faktor, der zu einer weiteren Belastung des Pflegepersonals beitrage, wurden außerdem Mängel des krankenhausspezifischen Managements von Aufnahmen und Entlassungen der Patientinnen und Patienten an den Wochenenden und Feiertagen benannt.

Von einigen Befragten wurde erwähnt, dass außerdem zwischen den Wochenend- und Feiertagsdiensten nach Fachbereich unterschieden werden müsse: So gebe es hinsichtlich der Arbeitsbelastung in der Geburtshilfe und häufig auch in den operativen Fächern keine Differenzen zu den normalen Tagdiensten unter der Woche; elektiv werde zum Teil weniger operiert, allerdings sei die Anzahl der akuten Fälle im Rahmen der Notfallversorgung an den Wochenenden und Feiertagen angestiegen. In Zusammenhang mit Pflegerisiken werden Reduzierungen des Personals in diesen Bereichen besonders kritisch gesehen.

Expertinnen und Experten, die personalzahlbedingte Pflegerisiken unter der Woche und an Wochenenden und Feiertagen gleich hoch einschätzten, waren der Ansicht, dass der Arbeitsaufwand an Wochenenden und Feiertagen geringer sei, da, sofern möglich, Patientinnen und Patienten freitags entlassen würden. Weitere Begründungen waren, dass die Arbeitslast und -abläufe in der Regel die gleichen seien wie jene unter der Woche, dies aber durch vergleichbare Personalzahlen ausgeglichen werde. Auch an dieser Stelle wurde mehrfach darauf verwiesen, dass personalzahlassoziierte Pflegerisiken in Abhängigkeit vom klinischen Fachbereich und der Struktur der einzelnen Häuser erheblich variieren können.

Die vier Befragten, die die Pflegerisiken während der Wochenend- und Feiertagsdienste geringer einschätzten als während der Tagdienste unter der Woche begründeten dies mit der geringeren Last an Routineaufgaben.

Ergebnisse zu den bereichsspezifischen Komplikationen, die mit der Pflegesituation während der Nacht- und Wochenenddienste assoziiert wurden, werden im Abschnitt 3.3.3 zu den Ergebnissen hinsichtlich der einzelnen Bereiche dargestellt.

3.3.3 Bereichsspezifische Ergebnisse

Die Antworten auf die offene Frage, mittels derer die Befragten aufgefordert wurden, Bereiche zu benennen, die ihrer Meinung nach als pflegesensitiv gekennzeichnet werden sollten, entsprachen größtenteils den Bereichen, auf die sich DKG und GKV-SV im Vorfeld verständigt hatten (vgl. Abschnitt 2.1.1). Deshalb werden diese Ergebnisse gemeinsam mit den Ergebnissen der Fragen zu den vorbestimmten Bereichen diskutiert. Abweichende Nennungen von Bereichen werden in der folgenden Darstellung gesondert berücksichtigt.

Geriatric

Die Geriatric wurde auf die offene Frage nach pflegesensitiven Bereichen von insgesamt 17 Expertinnen und Experten (zehn Pflegedirektorinnen und -direktoren, vier Pflegefachkräften und drei Pflegewissenschaftlerinnen oder-wissenschaftlern) genannt (Tabelle 5).

Auf spezifische Nachfrage erachteten 68 der 71 Expertinnen und Experten diesen Bereich als pflegesensitiv, während zwei Befragte angaben, nicht über genügend Erfahrung zu verfügen, um die Frage beantworten zu können, und eine Person die Frage nicht beantwortete, weil sie einen rein patientenzentrierten Ansatz bevorzugte.

Die angeführten Begründungen für diese Einschätzung sind nahezu identisch. Zentral ist hierbei die Auffassung, dass die Pflege und Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten mit einem überdurchschnittlich hohen Personalaufwand verbunden sei. Dieser ergebe sich nach Meinung der Befragten wiederum aus der Multimorbidität älterer Patientinnen und Patienten. Als Gründe für erhöhten Personalaufwand in der geriatrischen Pflege wurden insbesondere genannt:

- ◆ Neben einer häufig bestehenden Inkontinenz seien dementielle Erkrankungen wesentlich. Diese bedürften einer engmaschigen Überwachung der Betroffenen durch das Pflegepersonal, um Komplikationen entgegenzuwirken. Als solche wurde sehr häufig die Tendenz der Erkrankten genannt, sich vom angedachten Aufenthaltsort zu entfernen und damit die klinischen Abläufe zu stören und sich selbst oder andere zu gefährden („Hin- bzw. Weglauftendenz“).
 - ◆ Ein weiteres Risiko bestehe darin, dass mit zu wenig Personal bei längeren Krankenhausaufenthalten von Demenzpatientinnen und -patienten einer Progredienz der Erkrankung nicht vorgebeugt werden könne. Dies ist prinzipiell durch regelmäßigen persönlichen Kontakt möglich („kognitive Aktivierung“).
 - ◆ Weitere personalzahlassoziierte Pflegekomplikationen, die im Zusammenhang mit geriatrischen Bereichen genannt wurden, sind das gehäufte Auftreten von Dekubitalgeschwüren, Thrombosen und Stürzen, die sich aufgrund der allgemein eingeschränkten Mobilität der geriatrischen Patientinnen und Patienten ergäben.
 - ◆ Ein weiteres bedeutendes Risiko bestehe für diese Patientinnen und Patienten zudem in Infektionen, insbesondere Pneumonien, die unter anderem dadurch bedingt seien, dass sich aufgrund des Personalmangels der Zeitdruck so sehr verschärft habe, dass geltende Hygienevorschriften nicht mehr einzuhalten seien.
 - ◆ Als gravierende Pflegerisiken, die sich zudem aufgrund von Personalmangel und Zeitdruck ergäben, wurden Exsikkosen und Fehl- bzw. Mangelernährungen benannt.
 - ◆ Ein besonderes Problem, dass sich in der Betreuung dementiell Erkrankter ergibt, stellt die Umkehrung ihres zirkadianen Rhythmus dar, so dass die betroffenen Personen zu nächtlicher Aktivität neigen. Den übereinstimmenden Aussagen aller Befragten gemäß erschwere dies die Betreuung
-

im Nachtdienst erheblich. Angesichts deutlich herabgesetzter Personalschlüssel zu Nachtzeiten gingen damit erhöhte allgemeine Risiken für Pflegekomplifikationen einher.

Tabelle 5: Einstufung der Geriatrie nach Pflegesensitivität – Anzahl der Nennungen bei der offenen Frage und bei der Frage mit Vorgabe der Bereiche sowie die drei am häufigsten genannten unerwünschten Ereignisse in diesem Bereich

	Pflegedirektorinnen und -direktoren / Pflegedienstleitungen (n = 30)	Pflegefachkräfte (n = 29)	Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler (n = 12)	insgesamt (n = 71)
offene Nennung	10 (33%)	4 (14%)	3 (25%)	17 (24%)
Vorgabe des Bereichs „Geriatrie“				
ja	28 (93%)	28 (97%)	12 (100%)	68 (96%)
teilweise	-	-	-	-
nein	-	-	-	-
keine Angabe oder keine Erfahrung	2 (7%)	1 (3%)	-	3 (4%)
Pflegesensitive Outcomes (TOP 3)				
Dekubitus	20 (67%)	23 (79%)	6 (50%)	49 (69%)
Stürze	15 (50%)	7 (24%)	5 (42%)	27 (38%)
Infektionsrisiko (inkl. Pneumonien)	10 (33%)	12 (41%)	5 (42%)	27 (38%)

Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten

Neurologie

Auf die offene Frage zur Benennung pflegesensitiver Bereiche benannten insgesamt 14 Personen – darunter acht Pflegedirektorinnen oder -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen, zwei Pflegewissenschaftlerin oder ein Pflegewissenschaftler und vier Pflegefachkräfte – die Neurologie als pflegesensitiven Bereich (Tabelle 6).

Die konkrete Frage nach der Pflegesensitivität der Neurologie wurde hingegen von 54 Befragten bejaht, während fünf Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Neurologie zum Teil als pflegesensitiv beschrieben und 12 die Frage nicht beantworteten

wollten oder angaben, nicht über die ausreichende Erfahrung zu verfügen, um Aussagen treffen zu können.

Als eine wesentliche Begründung der Einschätzung der Neurologie als teilweise pflegesensitiv wurde genannt, dass sich neurologische Krankheitsbilder hinsichtlich des Pflegebedarfs von anderen Krankheitsbildern deutlich unterscheiden. Die überwiegende Mehrheit der Befragten bestätigte daher die Pflegesensitivität der Neurologie.

- ◆ Als besonders sensitiv wurde von den Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmern dabei der Bereich der Neurologie bewertet, der die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden neurologischen Krankheitsbildern zum Gegenstand hat. Exemplarisch benannten die Gesprächspartnerinnen und -partner in diesem Zusammenhang neurologische Erkrankungen mit hohen Mobilitätseinschränkungen wie den Schlaganfall oder eine Parkinsonerkrankung im Endstadium, die häufig ältere Patienten betreffen und daher eine hohe zusätzliche Belastung für das Pflegepersonal darstellen.
- ◆ Als hiermit verbundene Pflegerisiken wurden von der überwiegenden Mehrheit der Befragten Risiken genannt, die mit fehlender Mobilisierung assoziiert sind: Dekubitus, Kontraktoren und ein verschlechtertes allgemeines neurologisches Outcome bei Schlaganfallpatientinnen und -patienten sowie Pneumonien.
- ◆ Zudem wurde von Exsikkosen und Mangelernährungen berichtet, die darauf zurückzuführen seien, dass bei Personen mit Dysphagien das Anreichen und die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit erschwert seien.

Für weniger pflegesensitiv wurden hingegen solche neurologischen Erkrankungen gehalten, die jüngere Patientinnen und Patienten betreffen und mit geringeren Mobilitätseinschränkungen einhergehen. Pflegerisiken, die aufgrund der besonderen Situationen in den Nacht- und Wochenenddiensten entstehen und für den neurologischen Bereich spezifisch sind, wurden nicht erwähnt.

Tabelle 6: Einstufung der Neurologie nach Pflegesensitivität – Anzahl der Nennungen bei der offenen Frage und bei der Frage mit Vorgabe der Bereiche sowie die drei am häufigsten genannten unerwünschten Ereignisse in diesem Bereich

	Pflegedirektorinnen und -direktoren / Pflegedienstleitungen (n = 30)	Pflegefachkräfte (n = 29)	Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler (n = 12)	insgesamt (n = 71)
offene Nennung	8 (27%)	4 (14%)	2 (17%)	14 (20%)
Vorgabe des Bereichs „Neurologie“				
ja	21 (70%)	24 (83%)	9 (75%)	54 (76%)
teilweise	3 (10%)	-	2 (17%)	5 (7%)
nein	-	-	-	-
keine Angabe oder keine Erfahrung	6 (20%)	5 (17%)	1 (8%)	12 (17%)
Pflegesensitive Outcomes (TOP 3)				
Dekubitus	14 (47%)	8 (28%)	3 (25%)	25 (35%)
Mobilitätsverlust durch mangelnde Mobilisierung	8 (27%)	6 (21%)	4 (33%)	18 (25%)
Stürze	7 (23%)	5 (17%)	3 (25%)	15 (21%)

Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten

Chirurgie

Auf die offene Frage nach pflegesensitiven Bereichen bezeichneten insgesamt 19 Pflegeexpertinnen und -experten – darunter neun Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen, sieben Pflegefachkräfte und drei Pflegewissenschaftlerinnen oder -wissenschaftler – die Chirurgie im allgemeinen als pflegesensitiv (Tabelle 7).

- ♦ Als Begründung wurden hierbei Risiken für Komplikationen benannt, die speziell nach Operationen auftreten. So wurde gehäuft auf das Risiko von Wundinfektionen und -heilungsstörungen hingewiesen, die mit einem hohen Pflegeaufwand in Verbindung stünden, dem bei Personalknappheit nicht nachgekommen werden könne.

- ◆ Seltener wurden in Zusammenhang mit Operationen auch Thrombosen als Pflegekomplikation genannt. Diese träten deshalb vermehrt auf, da personalintensive Maßnahmen wie eine frühzeitige Mobilisation und regelmäßige Lagerungskontrollen bei der Prophylaxe von Thrombosen eine entscheidende Rolle spielten.
- ◆ Bedeutende Komplikationen stellten auch die Pflegerisiken Dekubitus, Pneumonie, Mangelernährung und Exsikkose dar, die fachbereichsunabhängig oft vorkommen. Das gehäufte Auftreten sei auf den stark angestiegenen Altersdurchschnitt der Patienten und Patientinnen in den chirurgischen Fächern zurückzuführen, der mit einer erhöhten Anfälligkeit für die genannten Risiken bei zu niedrigen Personalzahlen einhergehe.
- ◆ Als entscheidendes Problem, das zusätzlich zur knappen Personalsituation beitrage, wurde die erhebliche Verkürzung der Verweildauern genannt. Durch den damit verbundenen erhöhten administrativen Aufwand seien Personalkapazitäten gebunden, die anderweitig zur Patientenbetreuung eingesetzt werden könnten.

Bei der Beantwortung der offenen Frage nach pflegesensitiven Bereichen wurden neben der Allgemeinchirurgie die chirurgischen Subdisziplinen Neurochirurgie (zwei Mal), Viszeralchirurgie und Thorax- bzw. Gefäßchirurgie (je einmal) explizit genannt.

- ◆ Wesentlich für die **Neurochirurgie** sei dabei der anfallende Überwachungsbedarf der Patienten, dem bei Personalknappheit nicht nachgekommen werden könne. Bedrohliche Veränderungen von Vitalparametern könnten deshalb nicht rechtzeitig bemerkt werden. Einer Einzelaussage war zu entnehmen, dass auf die besonderen psychologischen Zuwendungsbedürfnisse neurochirurgischer Patientinnen und Patienten aufgrund der niedrigen Personalbesetzung häufig nicht adäquat eingegangen werden könne.
- ◆ Hinsichtlich der **Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie**, die mit umfangreicheren Operationen verbunden sind, bestünden hier insbesondere personalzahlassoziierte Pflegerisiken in Hinblick auf Wundheilungsstörungen und Wundinfektionen.

Die **Unfallchirurgie** wurde auf die offene Frage nach pflegesensitiven Bereichen von insgesamt fünf Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen benannt.

Hinsichtlich der expliziten Frage nach den von der DKG und dem GKV-SV benannten Bereichen bezeichneten die Unfallchirurgie 48 der 71 Befragten als pflegesensitiv sowie 13 als teilweise und zwei (ein Pflegedirektor bzw. -direktorin / Pflegedienstleitung sowie eine Pflegefachkraft) als nicht pflegesensitiv. Insgesamt acht Personen beantworteten die Frage nicht oder gaben an, nicht über das ausreichende Wissen oder die Erfahrung zu verfügen, um die Frage beantworten zu können.

Angesichts der zustimmenden Antworten ist anzumerken, dass von einem Großteil der Interviewpartnerinnen und -partner angegeben wurde, dass bezüglich der Pflegesensitivität zwischen den Patientinnen und Patienten differenziert werden müsse:

- ◆ So ginge beispielsweise die Pflege von Patientinnen und Patienten mit Polytraumata, Schenkelhalsbrüchen oder Endoprothesen mit einem wesentlich größeren Pflegebedarf und assoziierten Risiken einher, als dies bei Patienten und Patientinnen nach kleineren chirurgischen Eingriffen der Fall sei.
- ◆ Zentrales Problem sei, neben einer zunehmenden Verweildauerverkürzung und einem hohen Alter der Erkrankten, vor allem der hohe und personalintensive Mobilisierungsbedarf. Assoziierte Risiken seien dabei in Dekubiti, Kontrakturen und einer Verschlechterung des Grundzustands zu sehen.
- ◆ Ein besonderes Augenmerk sei auch auf die erhöhte Sturzgefahr der Patientinnen und Patienten zu legen. Dem könne aufgrund zu wenig Personals häufig nicht nachgekommen werden. Hierdurch drohe, Einzelaussagen gemäß, auch das erhöhte Risiko, Nachblutungen nach Operationen zu übersehen und aufgrund des bestehenden Zeitdrucks Medikamente über- oder unterzudosieren bzw. nicht zeitgerecht zu verabreichen.
- ◆ Als Komplikationen wurden außerdem, wie in den bereits diskutierten Fachbereichen, Exsikkosen, Mangelernährung und nosokomiale Infektionen genannt.

Die zwei Personen, die den Bereich der Unfallchirurgie eher nicht als pflegesensitiv einschätzten begründeten dies damit, dass es in diesem Bereich viele elektive Patientinnen und Patienten mit vergleichsweise gesundem Grundzustand gebe, die schnell wieder selbständig seien. Die befragten Expertinnen und Experten, die den Bereich als teilweise pflegesensitiv einstufte, erwähnten hauptsächlich die unterschiedlichen Patientengruppen in diesem Bereich – von elektiven Patienten mit kleineren Eingriffen bis hin zu Polytraumata, was für einen patientenzentrierten Ansatz spreche.

Die Herzchirurgie wurden auf die offene Frage nach pflegesensitiven Bereichen nicht von den Expertinnen und Experten genannt. Auf die Nachfrage nach den pflegesensitiven Bereichen bejahten insgesamt 42 Befragte eine Pflegesensitivität des angedachten Bereichs **Herzchirurgie** und fünf Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben eine teilweise Pflegesensitivität an. 22 Befragte berichteten, nicht über die ausreichende Erfahrung zu verfügen, um konkrete Angaben machen zu können und von zwei Personen wurde die Frage nicht beantwortet.

Sofern die Pflegesensitivität der Herzchirurgie teilweise als gegeben angesehen wurde, wurden als Begründung angeführt, dass einerseits schwerwiegend Erkrankte in der Herzchirurgie eines hohen Pflegeaufwands bedürften, andererseits

die entsprechenden Einrichtungen über vergleichsweise gute finanzielle Mittel und Ausstattungen verfügten.

- ◆ In Zusammenhang mit teilweise bejahenden und bejahenden Antworten wurde zudem oft erwähnt, dass die Risiken in der direkten postoperativen Phase hoch seien, die sich ergäben, weil das Personal aufgrund von Unterbesetzungen seinen Überwachungspflichten nicht nachkommen könne.
- ◆ Erwähnung fanden auch die besondere Komplexität, die mit der Betreuung herzchirurgischer Patienten verbunden sei und spezielle Komplikationsrisiken mit sich brächte. Von einzelnen Befragten wurden hierbei angesprochen, dass besondere Gefahren darin bestünden, mögliche Herzrhythmusstörungen und andere Herz-Kreislauf-assoziierte Notfälle nicht rechtzeitig erkennen und adäquat reagieren zu können, was unter Umständen mit letalen Folgen verbunden sei.
- ◆ Genannt wurden darüber hinaus drohende psychiatrische Komplikationen wie die Entwicklung von Depressionen und Angststörungen, die bei Herzpatienten und -patientinnen häufig zu beobachten seien und denen mit personalintensiver Zuwendung vorgebeugt werden könne.
- ◆ Für zusätzlichen Zeitdruck Sorge außerdem, dass Patienten und Patientinnen aufgrund der Verweildauerverkürzung sehr schnell entlassen würden, was mit einem entsprechenden Komplikationsrisiko einhergehe.
- ◆ Ergänzend nannten die meisten Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer außerdem die über die Bereichsgrenzen hinweg auftretenden allgemeinen Pflegerisiken Dekubitus, Mangelernährung und Exsikkose, nosokomiale Infektionen inklusive Pneumonie sowie Wundheilungsstörungen.

Pflegerisiken, die aufgrund der besonderen Situationen in den Nacht- und Wochenenddiensten entstehen und für die Herz- und Unfallchirurgie spezifisch sind, wurden nicht erwähnt.

Tabelle 7: Einstufung der Allgemeinen Chirurgie, Herzchirurgie und Unfallchirurgie nach Pflegesensitivität – Anzahl der Nennungen bei der offenen Frage und bei der Frage mit Vorgabe der Bereiche sowie die drei am häufigsten genannten unerwünschten Ereignisse im Bereich Herz- und Unfallchirurgie

	Pflegedirektorinnen und -direktoren / Pflegedienstleitungen (n = 30)	Pflegeschwestern (n = 29)	Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler (n = 12)	insgesamt (n = 71)
offene Nennung „Allgemeine Chirurgie“	9 (30%)	7 (24%)	3 (25%)	19 (27%)
offene Nennung „Unfallchirurgie“	4 (13%)	1 (3%)	-	5 (7%)
offene Nennung „Herzchirurgie“	-	-	-	-
Vorgabe des Bereichs „Herzchirurgie“				
ja	16 (53%)	16 (55%)	10 (83%)	42 (59%)
teilweise	1 (3%)	2 (7%)	2 (17%)	5 (7%)
nein	-	-	-	-
keine Angabe oder keine Erfahrung	13 (43%)	11 (38%)	-	24 (34%)
Vorgabe des Bereichs „Unfallchirurgie“				
ja	18 (60%)	22 (76%)	8 (66%)	48 (68%)
teilweise	8 (27%)	3 (10%)	2 (17%)	13 (18%)
nein	1 (3%)	1 (3%)	-	2 (3%)
keine Angabe oder keine Erfahrung	3 (10%)	3 (10%)	2 (17%)	8 (11%)

	Pflegedirektorinnen und -direktoren / Pflegedienstleitungen (n = 30)	Pflegefachkräfte (n = 29)	Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler (n = 12)	insgesamt (n = 71)
Pflegesensitive Outcomes Herzchirurgie (TOP 3)				
Infektionsrisiko	3 (10%)	5 (17%)	5 (42%)	13 (18%)
mangelnde Überwachung (mit ggf. letalen Folgen)	4 (13%)	6 (21%)	1 (8%)	11 (15%)
Dekubitus	2 (7%)	3 (14%)	4 (33%)	9 (13%)
Pflegesensitive Outcomes Unfallchirurgie (TOP 3)				
mangelnde Mobilisierung	16 (53%)	20 (69%)	7 (58%)	43 (61%)
Dekubitus	12 (40%)	13 (45%)	2 (17%)	27 (38%)
Stürze	11 (37%)	5 (17%)	4 (33%)	20 (28%)

Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten

Innere Medizin

Die allgemeine Innere Medizin wurde bei der offenen Frage insgesamt von 24 Personen – darunter vier Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, elf Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen und neun Pflegefachkräfte – als pflegesensitiv bewertet (Tabelle 8).

- ◆ Begründet wurden diese Einschätzungen mit dem hohen Alter der Patientinnen und Patienten und den damit verbundenen Anforderungen an das Pflegepersonal. Diese bestünden den Angaben der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer entsprechend in den in dieser Altersgruppe häufig auftretenden dementiellen Erkrankungen, die große Personalkapazitäten für Überwachung und Betreuung bänden. Da dieses Personal an anderer Stelle nicht zur Verfügung stehe, erhöhe sich insgesamt das Risiko für Pflegekomplikationen.
- ◆ Ein wesentlicher zweiter Faktor, der zur Pflegesensitivität der Inneren Medizin beitrage, ist nach Ansicht der Befragten die Multimorbidität der Erkrankten.
- ◆ Die bereits genannten bereichsübergreifenden Risiken Dekubitus, Infektionen inklusive Pneumonie und Harnwegsinfektionen sowie Thrombose

wurden auch in diesem Zusammenhang von den meisten Befragten angegeben.

- ◆ Einen gesonderten Stellenwert nehmen in den Ausführungen der Befragten die Sturzrisiken der älteren Patientinnen und Patienten ein: Zur Verhinderung von Stürzen bedürfe es zusätzlichen Personals, das die hierfür notwendige Überwachung leiste.

Als Bereich mit besonders hohen Pflegerisiken wurde neben der Kardiologie (drei Mal, s.u.) insbesondere die Gastroenterologie (fünf Mal) mit Verweis auf das auch für internistische Verhältnisse besonders hohe Alter der Patientinnen und Patienten angeführt. Spezielle Anforderungen an das Pflegepersonal wurden auch in den diabetologischen und pneumologischen Bereichen gesehen (insgesamt drei Mal). Pflegerisiken bestünden hierbei in der mangelhaften Überwachung von beatmeten Patientinnen und Patienten einerseits und ungenügenden Insulinspiegelkontrollen andererseits. Aufgrund des schlechten Grundzustands der Erkrankten wurden außerdem die onkologischen Bereiche als besonders anfällig für die allgemeinen, im vorherigen Absatz genannten bereichsübergreifenden, Pflegerisiken bezeichnet (zwei Mal).

Der von der DKG und dem GKV-SV benannte Bereich der **Kardiologie** wurde von 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmern als pflegesensitiv und von 12 Befragten als teilweise pflegesensitiv bezeichnet. Insgesamt neun Teilnehmerinnen oder Teilnehmer beantworteten die Frage nicht oder gaben an, nicht über die ausreichende Erfahrung oder das Wissen zu verfügen, um konkrete Angaben machen zu können.

- ◆ Die Einschätzung der Kardiologie als nur teilweise pflegesensitiv wurde damit begründet, dass für diesen Bereich eine vergleichsweise gute Ausstattung mit Überwachungs- und therapeutischen Möglichkeiten zu unterstellen sei. Ein zweiter Grund für diese Einschätzung besteht nach Auffassung der befragten Expertinnen und Experten in der guten Planbarkeit von Eingriffen und Prozeduren.
 - ◆ Ursächlich für Pflegekomplikationen, die mit zu niedrigen Personalzahlen in Verbindung stünden, sei nach Meinung der Befragten vor allem der hohe spezifische Überwachungsbedarf der Patientinnen und Patienten, der sich aus den kardiologischen Krankheitsbildern ergebe. Exemplarisch wird an dieser Stelle auf die erhöhten Schlaganfallrisiken kardiologischer Patientinnen und Patienten verwiesen, die einer zusätzlichen Überwachung seitens des Pflegepersonals bedürften. Als zweites Problemfeld sahen die Befragten in diesem Zusammenhang die ausgeprägte psychische Komorbidität kardiologischer Erkrankungen. Um weitere Verschlechterungen des emotionalen Befindens der kardiologischen Patientinnen und Patienten zu verhindern, bedürfe es zusätzlichen Personals für eine sachgerechte Betreuung. Schließlich wurde von einer Mehrheit der Befragten die Multimorbidität der kardiologischen Patientinnen und Patienten als bedeutender Faktor angesehen, der zu den Pflegerisiken des Bereichs beitrage. Die konkreten Risiken bestehen für die meisten Befragten, die die
-

Kardiologie als pflegesensitiv erachteten, in den bereichsübergreifenden Risiken Dekubitus, Infektionen inklusive Harnwegsinfekten und Pneumonien, Thrombosen und einer erhöhten Sturzgefahr. Spezifische Risiken wurden in einer aufgrund von Personalmangel unzureichenden Überwachung der Patientinnen und Patienten gesehen. Diese habe zur Folge, dass Komplikationen wie Herzinfarkte und Reinfarkte oder schwere Herzrhythmusstörungen zu spät erkannt würden, so dass nicht mehr rechtzeitig interveniert werden könne.

Pflegerisiken, die aufgrund der besonderen Situationen in den Nacht- und Wochenenddiensten entstehen und für die allgemeinere innere Medizin sowie deren Subdisziplinen spezifisch sind, wurden nicht erwähnt.

Tabelle 8: Einstufung der Inneren Medizin und der Kardiologie nach Pflegesensitivität – Anzahl der Nennungen bei der offenen Frage und der Frage mit Vorgabe der Bereiche sowie die drei am häufigsten genannten unerwünschten Ereignisse im Bereich Kardiologie

	Pflegedirektorinnen und -direktoren / Pflegedienstleistungen (n = 30)	Pflegefachkräfte (n = 29)	Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler (n = 12)	insgesamt (n = 71)
offene Nennung „Innere Medizin“	11 (37%)	9 (31%)	4 (33%)	24 (34%)
offene Nennung „Kardiologie“	1 (3%)	1 (3%)	1 (8%)	3 (4%)
Vorgabe des Bereichs „Kardiologie“				
ja	19 (63%)	20 (69%)	11 (92%)	50 (70%)
teilweise	6 (20%)	5 (17%)	1 (8%)	12 (17%)
nein	-	-	-	-
keine Angabe oder keine Erfahrung	5 (17%)	4 (14%)	-	9 (13%)
Pflegesensitive Outcomes Kardiologie (TOP 3)				
Infektionsrisiko	3 (10%)	11 (38%)	5 (42%)	19 (27%)
Dekubitus	6 (20%)	6 (21%)	2 (17%)	14 (20%)
Stürze	7 (23%)	3 (10%)	2 (17%)	12 (17%)

Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten

Intensivmedizin

Hinsichtlich personalzahlassozierter Risiken nimmt die Intensivmedizin eine Sonderstellung ein: Der Gruppe von Befragten, die eine Einteilung der klinischen Versorgung zur Feststellung von Pflegesensitivität ablehnten, war durch gezieltes Nachfragen zu entnehmen, dass auch innerhalb dieser Gruppe von Interviewteilerinnen und -teilnehmern die intensivmedizinische Versorgung als besonders personalintensiv und risikobehaftet angesehen wird.

Auf die offene Frage nach pflegesensitiven Bereichen der medizinischen Versorgung antworteten insgesamt 33 Befragte – darunter 12 Pflegefachkräfte, 17 Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen und vier Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler – dass die Intensivmedizin ein pflegesensitiver Bereich sei (Tabelle 9).

Die geschlossene Frage nach der Pflegesensitivität der Intensivmedizin bejahten insgesamt 66 Interviewteilerinnen und -teilnehmer, während drei Expertinnen und Experten berichteten, nicht über die hinreichende Erfahrung zu verfügen, um eine gute Einschätzung abgeben zu können. Die Frage wurde von zwei Teilnehmerinnen oder Teilnehmern nicht beantwortet.

- ◆ Im Hinblick auf Komplikationsrisiken wurde es von vielen Befragten als sehr problematisch angesehen, dass mangels qualifizierten Fachpersonals häufig Hilfskräfte zum Einsatz kämen. Hierdurch sei eine risikoarme Versorgung nicht zu gewährleisten.
- ◆ Als bedeutender Grund für hohe personalzahlassoziierte Risiken im Bereich der Intensivmedizin wurde der Überwachungsbedarf von Intensivpatientinnen und Patienten genannt: In Kombination mit komplexen Krankheitsbildern und schweren -verläufen binde dieser große Anteile der verfügbaren Personalkapazitäten. Unterbesetzungen führten deshalb zu Risiken lebensbedrohlicher Komplikationen, die zu spät erkannt würden. Da deshalb häufig keine fachgerechte Behandlung erfolgen könne, könnten zu geringe Zahlen qualifizierten Personals letale Folgen für die Patienten haben. Mehreren Einzelaussagen war zu entnehmen, dass die Komplexität der Krankheitsbilder im intensivmedizinischen Bereich die Priorisierung der pflegerischen Aufgaben erschwere. Hierdurch steige insbesondere die Gefahr von Medikamentenverwechslungen bzw. könnten Zeitpläne zur Medikamentengabe nicht eingehalten werden.
- ◆ Als spezifische Risiken wurden die bereichsübergreifenden genannten Pflegekomplikationen Dekubitus, Thrombose, Wundheilungsstörungen sowie nosokomiale Infektionen inklusive Pneumonie genannt.
- ◆ Als spezifisches Problem wurde zudem berichtet, dass aufgrund des Personalmangels Mobilisierungen und aktivierende Beatmungen der Patientinnen und Patienten häufig nicht durchzuführen seien. Hierdurch verschlechterte sich häufig deren Grundzustand.

Nach Aussage der Expertinnen und Experten unterschieden sich die Pflegerisiken während der Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste nicht von den normalen Tagdiensten unter der Woche. Begründet wurde dies mit vergleichsweise besseren Personalschlüsseln in der Intensivmedizin.

Tabelle 9: Einstufung der Intensivmedizin nach Pflegesensitivität – Anzahl der Nennungen bei der offenen Frage und bei der Frage mit Vorgabe der Bereiche sowie die drei am häufigsten genannten unerwünschten Ereignisse

	Pflegedirektorinnen und -direktoren / Pflegedienstleistungen (n = 30)	Pflegeschwestern (n = 29)	Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler (n = 12)	insgesamt (n = 71)
offene Nennung	17 (57%)	12 (41%)	4 (33%)	33 (46%)
Vorgabe des Bereichs „Intensivmedizin“				
ja	28 (93%)	26 (90%)	12 (100%)	66 (93%)
teilweise	-	-	-	-
nein	-	-	-	-
keine Angabe oder keine Erfahrung	2 (7%)	3 (10%)	-	5 (7%)
Pflegesensitive Outcomes (TOP 3)				
letale Folgen	13 (43%)	12 (41%)	8 (67%)	33 (46%)
Infektionsrisiko	7 (23%)	8 (28%)	3 (25%)	18 (25%)
Dekubitus	5 (17%)	5 (17%)	2 (17%)	12 (17%)

Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten

Zusammenfassung

Die Tabelle 10 und Tabelle 11 fassen die Nennungen pflegesensitiver Bereiche gemäß den Frageblöcken 2 und 3 zusammen (vgl. dazu Kapitel 2.1.1). Hieraus wird ersichtlich, dass sich die eigenen Nennungen pflegesensitiver Bereiche der Teilnehmerinnen und Teilnehmer stark mit den Bereichen überschneiden, auf die sich die DKG und der GKV-SV im Vorfeld verständigt hatten (vgl. Abschnitt 2.1.1). Abweichende Nennungen betrafen, wie in den vorangehenden Abschnitten dargestellt, nur internistische und chirurgische Teildisziplinen. Die geringere Anzahl von Nennungen der Herzchirurgie als pflegesensitiv ist darauf zurückzuführen, dass es sich um eine kleine Fachdisziplin handelt und deshalb viele Befragte nach eigenen Angaben nicht über die notwendige Erfahrung und das Wissen verfügten, um adäquate Aussagen zu treffen.

Tabelle 10: Einstufung von Bereichen nach Pflegesensitivität (Anzahl und Anteil der Befragten – offene Frage)

	Geriatrie	Neurologie	Chirurgie*	Innere Medizin**	Intensivmedizin
Pflege- direktoren (n = 30)	10 (33%)	8 (27%)	9 (30%)	11 (37%)	17 (57%)
Pflege- fachkraft (n = 29)	4 (14%)	4 (14%)	7 (24%)	9 (31%)	12 (41%)
Pflegewis- senschaftler (n = 12)	3 (25%)	2 (17%)	3 (25%)	4 (33%)	4 (33%)
Insgesamt (n = 71)	17 (24%)	14 (20%)	19 (27%)	24 (34%)	33 (46%)

Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und –experten
 Anmerkung: *2 Personen nannten explizit Neurochirurgie, 5 Personen die Unfallchirurgie. Jeweils eine Person nannte die Thorax- und Gefäßchirurgie sowie die Viszeralchirurgie.
 ** 5 Personen nannten explizit die Gastroenterologie, 3 Personen die Kardiologie, 2 Personen die Onkologie.

Tabelle 11: Einstufung von Bereichen nach Pflegesensitivität (Anzahl und Anteil der Befragten – Frage mit Vorgabe der Bereiche)

	Geriatrie	Neuro- logie	Unfall- chirurgie	Herz- chirurgie	Kardio- logie	Intensiv- medizin
Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen (n = 30)						
ja	28 (93%)	21 (70%)	18 (60%)	16 (53%)	19 (63%)	28 (93%)
teilweise		3 (10%)	8 (27%)	1 (3%)	6 (20%)	
nein			1 (3%)			
k.A.*	2 (7%)	6 (20%)	3 (10%)	13 (43%)	5 (17%)	2 (7%)

	Geriatric	Neuro- logie	Unfall- chirurgie	Herz- chirurgie	Kardio- logie	Intensiv- medizin
Pflegefachkräfte (n = 29)						
ja	28 (97%)	24 (83%)	22 (76%)	16 (55%)	20 (69%)	26 (90%)
teilweise			3 (10%)	2 (7%)	5 (17%)	
nein			1 (3%)			
k.A.*	1 (3%)	5 (17%)	3 (10%)	11 (38%)	4 (14%)	3 (10%)
Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler (n = 12)						
ja	12 (100%)	9 (75%)	8 (66%)	10 (83%)	11 (92%)	12 (100%)
teilweise		2 (17%)	2 (17%)	2 (17%)	1 (8%)	
nein						
k.A.*		1 (8%)	2 (17%)			
insgesamt (n = 71)						
ja	68 (96%)	54 (76%)	48 (68%)	42 (59%)	50 (70%)	66 (93%)
teilweise		5 (7%)	13 (18%)	5 (7%)	12 (17%)	
nein			2 (3%)			
k.A.*	3 (4%)	12 (17%)	8 (11%)	24 (34%)	9 (13%)	5 (7%)

Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten
 Anmerkungen: * keine Angabe oder keine Erfahrungen

Generell gab es keine ersichtlichen Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen sowie der Pflegefachkräfte hinsichtlich der Pflegesensitivität der Bereiche und der Größe (Anzahl der Betten), Trägerschaft und Region (städtisch vs. ländlich) der Krankenhausstandorte der Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen sowie der Pflegefachkräfte.

Rangliste

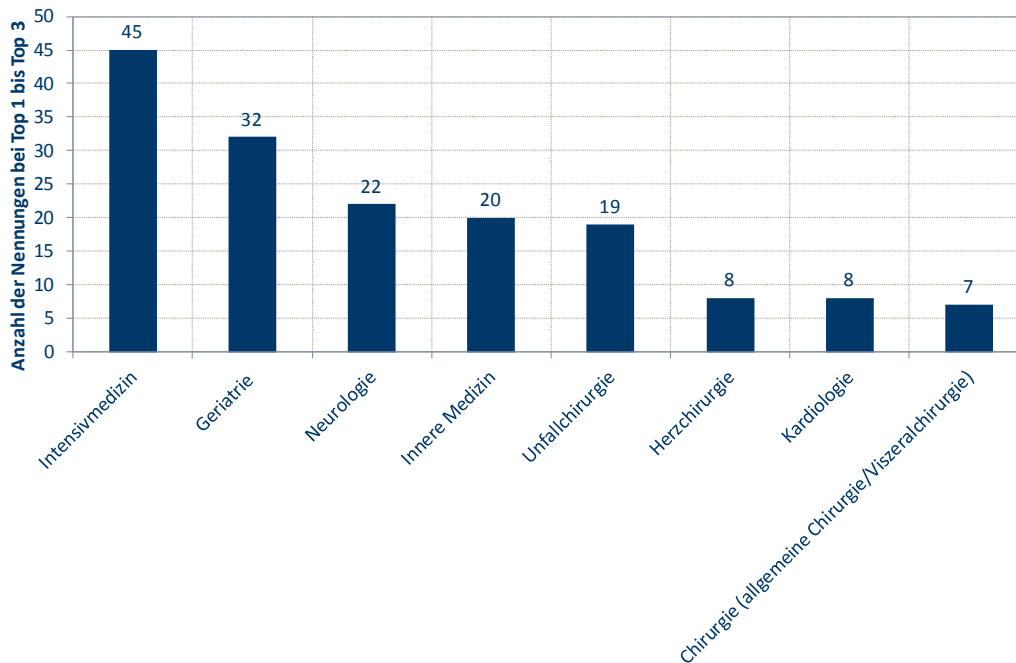
Insgesamt erstellten 58 Befragte eine Rangliste der drei Bereiche, die ihrer Meinung nach die höchsten personalzahlassoziierten Pflegerisiken aufweisen. 13 Teilnehmerinnen und Teilnehmer listeten keine pflegesensitiven Bereiche auf. Gründe hierfür waren:

- ◆ die Ansicht, dass zur Bestimmung von Pflegesensitivität ein patientenzentrierter Ansatz zu verfolgen sei und daher Ranglisten einzelner Bereiche nicht erstellt werden könnten.
- ◆ Weitere Argumente waren, dass alle Bereiche pflegesensitiv seien, dass Pflegesensitivität eher von der bereichsübergreifenden Infrastruktur als von einzelnen Bereichen bestimmt sei und
- ◆ dass die erforderte Einstufung höchstens auf Basis quantitativer Daten möglich sei.
- ◆ Die Beantwortung wurde auch mit dem Verweis auf die Befürchtung abgelehnt, dass eine Bestimmung von Personaluntergrenzen für einzelne Bereiche zu einer Verschiebung des Personals führe. Nicht berücksichtigte Bereiche würden demzufolge noch schlechter besetzt werden.

Bei den Pflegeexpertinnen und -experten, die eine Rangliste der pflegesensitivsten Bereiche erstellt haben, war die Intensivmedizin am häufigsten auf Position 1, gefolgt von der Geriatrie und der Inneren Medizin.

Betrachtet man die ersten drei genannten Positionen zusammen, wurde die Intensivmedizin mit insgesamt 45 Nennungen und die Geriatrie mit 32 Nennungen am häufigsten genannt (Abbildung 3). Die Bereiche Neurologie, Innere Medizin und Unfallchirurgie lagen mit 22 bis 19 Nennungen dicht beieinander. Mit weitem Abstand mit jeweils acht Nennungen folgte die Herzchirurgie, die Kardiologie und mit sieben Nennungen die Chirurgie. Andere Bereiche wurden nur vereinzelt genannt.

Abbildung 3: Rangliste der Bereiche nach Pflegesensitivität, Bereiche mit der insgesamt häufigsten Nennung auf Position 1 bis 3



Quelle: IGES auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten
 Anmerkung: Die Positionen 1 und 2 wurden von 58 Befragten benannt, Position 3 von 56. Alle Bereiche mit insgesamt mehr als fünf Nennungen. Gewichtet man die Bereiche unterschiedlich, je nach dem auf welcher Position sie genannt wurden, (Position 1: 3 Punkte, Position 2: 2 Punkte, Position 3: 1 Punkt), ergibt sich keine andere Rangfolge der Bereiche.

4. Fazit

Mit dem „Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten“ vom 17. Juli 2017 wurde die Einführung von verbindlichen Personaluntergrenzen in „pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern“ beschlossen (§ 137i Abs. 1 SGB V). Der GKV-SV und die DKG sind demnach beauftragt, im Benehmen mit dem PKV-Verband bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festzulegen und für diese Bereiche verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für alle zugelassenen Krankenhäuser zu vereinbaren. Gemäß den Vorgaben des Gesetzgebers sind unter pflegesensitiven Bereichen solche Bereiche zu verstehen, in denen ein ersichtlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl an Pflegefachkräften und dem Vorkommen von unerwünschten Ereignissen (z. B. Dekubitus, Wundinfektionen oder Thrombosen) besteht. Diese Studie hat zum Ziel, auf Basis einer Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten weitere Erkenntnisse zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern zu gewinnen.

Insgesamt wurden 71 Pflegeexpertinnen und -experten (29 Pflegefachkräfte, 30 Pflegedirektorinnen und -direktoren bzw. Pflegedienstleitungen, 12 Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler) im Rahmen von rund 20-minütigen leitfadengestützten telefonischen Interviews zur Einschätzung von pflegesensitiven Krankenhausbereichen befragt. Zum einen wurde eine offene Frage gestellt, welche Krankenhausbereiche aus Sicht der Expertinnen und Experten aus welchen Gründen pflegesensitiv sind. Zum anderen wurde auf die sechs Bereiche eingegangen, auf die sich der GKV-Spitzenverband und die DKG bislang verständigt haben, nämlich Geriatrie, Herzchirurgie, Intensivmedizin, Kardiologie, Neurologie und Unfallchirurgie.

Mehr als 90 % der befragten Expertinnen und Experten beurteilten die Geriatrie und die Intensivmedizin auf Nachfrage als pflegesensitiv. Diese beiden Bereiche nannten die Expertinnen und Experten auch auf die Frage nach den drei pflegesensitivsten Bereichen – mit Abstand – am häufigsten. Als Begründung wurde für die Geriatrie insbesondere ein vergleichsweise hoher Pflegeaufwand aufgrund der Multimorbidität und insbesondere durch häufige dementielle Erkrankungen der Patientinnen und Patienten angegeben. Als unerwünschte Ereignisse wurden vor allem das Auftreten von Dekubitalgeschwüren, Stürze, Infektionen sowie eine mangelnde Mobilisierung genannt. Die Intensivmedizin wurde insbesondere als pflegesensitiv eingestuft, da hier unerwünschte Ereignisse im Vergleich zu anderen Bereichen oftmals lebensbedrohliche Komplikationen nach sich ziehen bzw. letal sind.

Für die vier Bereiche Neurologie, Kardiologie, Herzchirurgie und Unfallchirurgie gaben noch mehr als die Hälfte der Expertinnen und Experten auf Nachfrage an, dass die Bereiche pflegesensitiv seien. Allerdings gab es bei allen vier Bereichen – insbesondere bei der Kardiologie und Unfallchirurgie – auch Expertinnen und Experten, die diese Bereiche nur teilweise als pflegesensitiv einstufen. Bei der Unfallchirurgie beurteilten zwei Expertinnen und Experten diesen Bereich als nicht pflegesensitiv.

Die Neurologie wurde insbesondere im Hinblick auf Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden neurologischen Erkrankungen als pflegesensitiv bewertet, wie beispielsweise Schlaganfall oder Parkinson-Erkrankungen. Als weniger pflegesensitiv wurden solche neurologischen Erkrankungen eingestuft, die insbesondere jüngere Patientinnen und Patienten betreffen. Als unerwünschte Outcomes wurden für diesen Krankenhausbereich hauptsächlich Dekubitus, eine mangelnde Mobilisierung sowie Stürze genannt.

In der Kardiologie wurde insbesondere der hohe spezifische Überwachungsbedarf betont – auch um Komplikationen wie Herzinfarkte, Reinfarkte, schwere Herzrhythmusstörungen oder Schlaganfälle frühzeitig zu erkennen. Die Einschätzung der Kardiologie als nur teilweise pflegesensitiv wurde von Expertinnen und Experten damit begründet, dass für diesen Bereich eine vergleichsweise gute Ausstattung mit Überwachungs- und therapeutischen Möglichkeiten zu unterstellen sei. Des Weiteren seien Eingriffe und Prozeduren i. d. R. vergleichsweise planbar.

Die Herzchirurgie war ein Bereich, den viele der befragten Expertinnen und Experten nur schwer beurteilen konnten. Diejenigen, die ihn als (teilweise) pflegesensitiv beurteilten, nannten spezifische Komplikationsrisiken, wie beispielsweise Herzrhythmusstörungen oder andere Herz-Kreislauf-assoziierte Notfälle, die frühzeitig erkannt werden müssen, um möglicherweise letale Folgen zu verhindern. Sowohl für den kardiologischen als auch für den herzchirurgischen Bereich wurden psychiatrische Begleitumstände (Depressionen, Angststörungen) erwähnt, die bei personalintensiver Zuwendung vorgebeugt werden können.

Hinsichtlich der Unfallchirurgie betonten die Expertinnen und Experten insbesondere die Bandbreite der Patientinnen und Patienten, von kleineren elektiven Eingriffen bis hin zu Polytraumata. Diese Unterschiede waren die Ursache für die Bewertung des Bereichs als (teilweise) oder – unter der Annahme, dass die Patienten mit elektiven Eingriffen insgesamt vergleichsweise gesund sind – als nicht pflegesensitiv zu bewerten. Als unerwünschte Outcomes in diesem Bereich wurden am häufigsten eine mangelnde Mobilisierung, Dekubiti, sowie Stürze angegeben. Auch das Übersehen von Nachblutungen nach Operationen wurde mehrfach als unerwünschtes Outcome angegeben.

Von den Expertinnen und Experten zusätzlich genannt wurde der Bereich der Inneren Medizin. Dieser Bereich wurde (nach der Intensivmedizin) am zweithäufigsten auf die offene Frage nach pflegesensitiven Bereichen genannt. Als Begründung für die Pflegesensitivität der Inneren Medizin wurde das hohe Alter der Patientinnen und Patienten sowie deren Multimorbidität (häufig auch mit dementiellen Erkrankungen) angegeben. Als unerwünschte Outcomes wurden – vergleichbar den Nennungen für die Geriatrie – Dekubitus, Infektionen (Pneumonie und Harnwegsinfektionen) sowie Stürze angegeben.

Für die von den Expertinnen und Experten als pflegesensitiv identifizierten Bereiche wurden die Pflegerisiken während der Nachtdienste mehrheitlich als systematisch erhöht eingeschätzt. Hierfür gelten nicht spezifische unerwünschte Ereignisse als ausschlaggebend, sondern grundsätzlich geringere Personalschlüssel in der Nacht. Diese erschwerten es, die Patientinnen und Patienten in ausreichendem Maße zu überwachen und eine adäquate Versorgung zu gewährleisten.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen zusätzlich, dass Klärungsbedarf hinsichtlich des Begriffes „Bereich“ besteht, auf den das Konzept der Pflegesensitivität übertragen werden soll.

- ◆ Bereiche können zur Unterscheidung von Pflegesensitivität zunächst anhand medizinischer Fachgebiete bzw. Fachdisziplinen abgegrenzt werden. Hierdurch kann eine erste Gruppierung von Krankheitsbildern erreicht werden, die zumindest für die Geriatrie und die Intensivmedizin nach Ansicht der überwiegenden Anzahl der befragten Expertinnen und Experten eine Homogenisierung der Pflegesensitivität und des Pflegebedarfs ermöglicht.

- ◆ Im Hinblick auf die gesetzliche Vorgabe, bei hoher Pflegesensitivität Personaluntergrenzen zu implementieren, bietet sich hingegen aus pragmatischen Gründen eher eine Abgrenzung von Bereichen an, die sich an den organisatorischen Einheiten in den Krankenhäusern orientiert. Hierfür kommen neben den Fachabteilungen auch die Stationen im Krankenhaus in Frage. Dabei können Stationen sowohl Teil einer Fachabteilung als auch interdisziplinär aus Teilen mehrerer Fachabteilungen zusammengesetzt sein.

Wie sich die medizinischen Fachdisziplinen in der Struktur von Fachabteilungen bzw. Bettenstationen widerspiegeln, kann sich zwischen den Krankenhäusern stark unterscheiden. Pflegepersonaluntergrenzen in Bezug auf die organisatorischen Einheiten von Krankenhäusern festzulegen, erscheint hinsichtlich der Umsetzbarkeit und Überprüfbarkeit vorteilhaft. Allerdings kann aufgrund der o. a. organisationsbezogenen Unterschiede der Krankenhäuser damit das Ziel einer gleichen pflegepersonalbezogenen Strukturqualität für Patienten mit gleichem Pflegebedarf nur eingeschränkt erreicht werden.

Auch unabhängig von den organisationsbezogenen Unterschieden der Krankenhäuser ist eine Orientierung an Fachdisziplinen oder Fachabteilungen für die Identifikation pflegesensitiver Bereiche problematisch. Ein in diesem Zusammenhang relevanter und auch häufig von den befragten Expertinnen und Experten genannter Aspekt ist, dass die Patientenversorgung zunehmend interdisziplinär erfolgt und Patientinnen und Patienten mit vergleichbaren Erkrankungsbildern hinsichtlich ihres Pflegebedarfs erheblich variieren können. Eine mögliche Alternative sind vor diesem Hintergrund patientenzentrierte Ansätze zur Bestimmung von personalzahlassoziierten Pflegerisiken mit dem Ziel, Bereiche mit größerer Homogenität des Pflegebedarfs voneinander abgrenzen zu können. Pflegesensitive Bereiche würden demzufolge anhand von Patientenmerkmalen abgegrenzt, für welche Zusammenhänge zwischen der Pflegepersonalausstattung und unerwünschten Ereignissen nachweisbar sind. Solche Ansätze würden es ermöglichen, dass Pflegepersonaluntergrenzen für Krankenhäuser mit bezüglich der Pflegerisiken vergleichbaren Patientenkollektiven auch vergleichbare Wirkungen haben – unabhängig davon, welchen Organisationseinheiten die Patienten im Krankenhaus konkret zugewiesen werden. Allerdings gilt dies zunächst auch nur für die Pflegepersonalausstattung insgesamt. Eine Überprüfung, ob sich Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis eines solchen Ansatzes für gleichermaßen pflegesensitive Patienten in der Versorgung tatsächlich auch gleich auswirken, wäre deutlich schwieriger umzusetzen als bei einem fachabteilungs- bzw. stationsbezogenen Ansatz.



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com