



Wegen Personalmangel

GESCHLOSSEN

Bettensperrungen im Intensivbereich. Bettensperrungen aufgrund von Pflegepersonalmangel scheinen im Intensivbereich keine Ausnahme zu sein. Dies bestätigt eine deutschlandweite Umfrage, die erforschte, wie oft, warum und mit welchen Folgen Bettensperrungen vorkommen.

Von P. Nydahl, R. Dubb und A. Kaltwasser

In den letzten Jahren hat die Arbeitsverdichtung im Intensivbereich deutlich zugenommen. Darauf weist vor allem das Pflege-Thermometer 2012 des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP) hin. Sowohl die Anzahl der Intensivbetten als auch die Behandlungsfälle sind kontinuierlich gestiegen, während im selben Zeitraum die Anzahl an Pflegekräften und Fachpflegekräften abgenommen hat. Durchschnittlich betreute eine Pflegekraft im Frühdienst zwei beatmete beziehungsweise drei nicht beatmete Patienten. Auf jeder fünften Intensivstation lag der Personalschlüssel mit einer Betreuung von einer Pflegekraft zu mindestens drei oder mehr beatmeten Patienten noch deutlich darunter (Isfort 2012). Auch Graf et al. (2010) konnten aufzeigen, dass in Deutschland im Schnitt 2,7 Patienten von einer Intensivpflegekraft betreut werden.

In vielen Kliniken wird versucht, dem akuten Personalmangel durch Überlastungsanzeigen, Leasingkräfte, Pool-Mitarbeiter, Überstunden usw. entgegenzuwirken. Aber die Ressourcen sind begrenzt. Könnte eine Reduktion der angebotenen Intensivbetten ein Weg sein, um das Verhältnis Pflegende zu Patienten zu verbessern?

Unter welchen Bedingungen werden Intensivbetten gesperrt?

Mit dieser Umfrage sollte im deutschsprachigen Raum erfasst werden, wie häufig, unter welchen Bedingungen und mit welchen Konsequenzen Bettensperrungen im Intensivbereich vorgenommen werden. Der Aufruf zur Umfrage erfolgte durch die Zeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“, Mailverteiler und soziale Netzwerke. Hierzu wurde eine Internetseite unter www.bettensperrung.de erstellt. Die Online-Befragung fand im Zeitraum vom 1. September bis 15. Oktober 2016 anonym statt und ließ

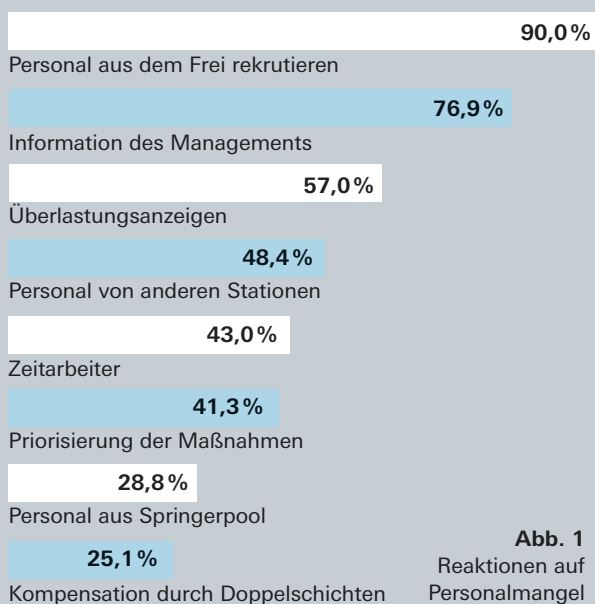


Abb. 1
Reaktionen auf
Personalmangel

Stichprobe

In die Auswertung wurden 358 Teilnehmer eingeschlossen. Bei den meisten der Befragten handelt es sich um Pflegende (77,1%), gefolgt von Medizинern (3,4%), Therapeuten (1,1%), Sonstigen (0,6%). Keine Berufsangabe machten 17,9 Prozent.

60,9 Prozent der Befragten arbeiten auf der Intensivstation in der direkten Patientenversorgung, 17 Prozent im Management, Lehre oder Forschung, 3,4 Prozent im oberen Management, 0,6 Prozent in sonstigen Funktionen (ohne Angabe 18,2%). Die meisten Befragten arbeiten mit 38,3 Prozent in einem Krankenhaus der Maximalversorgung, gefolgt von 21,8 Prozent in Krankenhäusern der Grundversorgung und 21,2 Prozent der Schwerpunktversorgung (ohne Angabe 18,7%).

keinerlei Rückschluss auf die teilnehmenden Personen zu. Insgesamt gaben von 508 Teilnehmern 70,5 Prozent an, dass Bettensperrungen im letzten Jahr vorgekommen sind. Diese 358 Teilnehmer wurden in die Auswertung eingeschlossen (s. Kasten).

Personalmangel: Die meisten befragten Teilnehmer gaben an, dass bei akutem Personalmangel Pflegende aus dem Frei rekrutiert würden (Abb. 1). Fast jede zweite Station zieht Personal von anderen Stationen ab, gut 40 Prozent kompensiert den Mangel mit fremdem Personal durch Zeitarbeiter oder Pool-Mitarbeiter. Auf jeder vierten Intensivstation wird der Personalmangel durch Doppelschichten (!) ausgeglichen.

In einem normal besetzten Frühdienst betreuen Pflegekräfte im Mittelwert 2,5 Patienten (Mittlere 50 %: 2–3). Damit eine Bettensperrung in Kraft treten kann, muss ein Mittelwert von 4,0 (3–4) Patienten pro Pflegekraft erreicht werden. Hierbei beträgt die Sollbesetzung im Frühdienst im Mittelwert 5 (4–7) Pflegekräfte pro Station. Sobald der Wert auf 3 (2–5) fällt, kann eine Bettensperrung initiiert werden.

Für die Dauer des Personalmangels muss auf jeder vierten Intensivstation (27,3%) ein Personalmangel über zwei Schichten in 24 Stunden vorliegen, um Betten sperren zu können. Auf jeder sechsten Station (16,2%) muss ein Personalmangel über eine Schicht vorliegen, bei jeder achten Station (13,1%) über drei Schichten beziehungsweise über 24 Stunden. Auf jeder zehnten Station (9,4%) muss ein Personalmangel über mehr als 48 Stunden vorliegen. 24,2 Prozent konnten keine Angaben dazu machen.

Allerdings gaben 52 Prozent der Befragten an, dass zusätzlich eine Anzahl aufwendiger Patienten (ECMO, hyperaktives Delir usw.) vorhanden sein muss, um eine Bettensperrung zu vollziehen. 38,6 Prozent gaben an, dass solche zusätzlichen Bedingungen nicht notwendig seien.

Anzahl der Bettensperrungen: Die 358 Befragten gaben an, dass im letzten Jahr insgesamt 4265-mal ein oder mehrere Betten gesperrt worden sind. In Summe waren dies 8644 Betten. Im Mittelwert entspricht dies sechs (3–10) Sperrungen pro Jahr und Befragten mit acht Betten (3–20 Betten) pro Jahr.

Abb. 2 An der Bettenspernung beteiligte Professionen

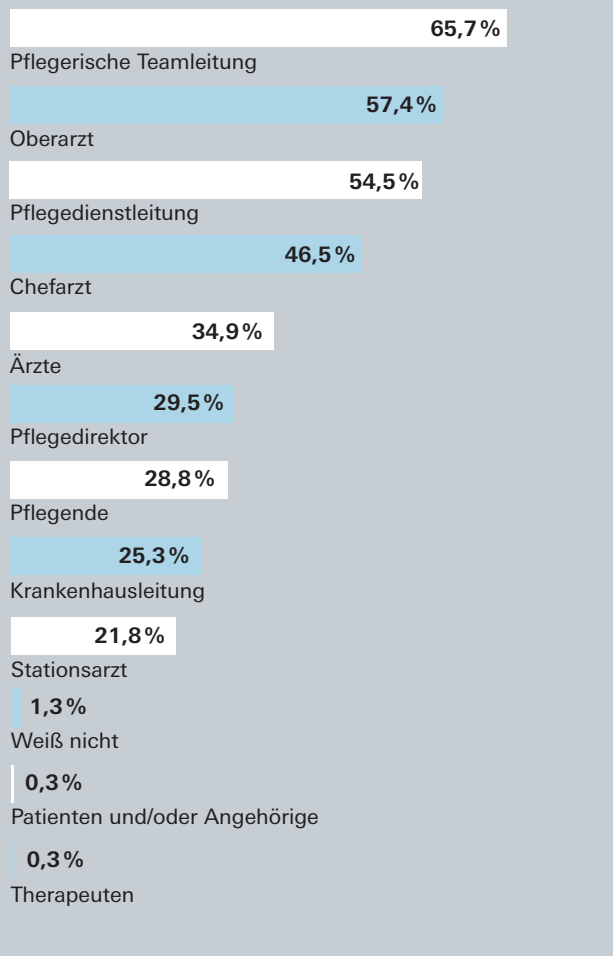
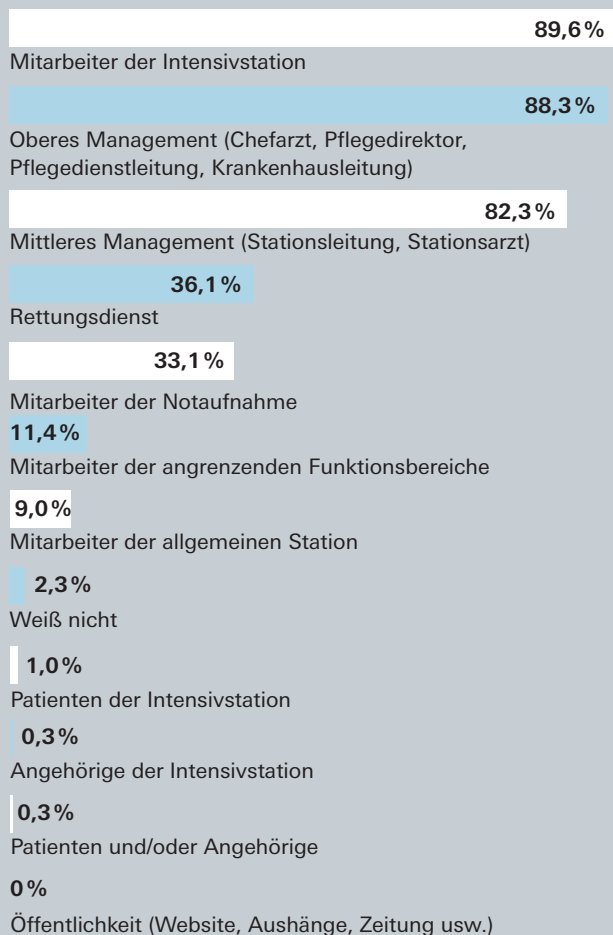


Abb. 3 Information zur Bettenspernung



Eine schriftlich hinterlegte Vorgehensweise oder Prozessbeschreibung zur Bettenspernung liegt bei den meisten Befragten (56,6%) nicht vor. Lediglich 17,9 Prozent verfügen darüber, 25,7 Prozent wussten es nicht oder machten keine Angaben dazu.

Die Bettensperrungen werden zu 40,8 Prozent von pflegerischen Teamleitungen initiiert, zu jeweils 19,2 Prozent von Ärzten beziehungsweise Pflegenden. Stationsärzte regen Bettensperrungen in 11,1 Prozent der Fälle an, Ober- und Chefarzte zu 5,8 Prozent sowie Pflegedienstleitungen zu 3,8 Prozent.

Entscheidung und Verantwortung: An der tatsächlichen Entscheidung zur Bettenspernung sind zu 65,7 Prozent pflegerische Teamleitungen und zu 57 Prozent Oberärzte beteiligt, gefolgt von anderen Professionen. Patienten, Angehörige oder Therapeuten werden kaum involviert (Abb. 2).

Die Verantwortung für die Bettenspernung wird mit 20,1 Prozent bei Oberärzten verortet, gefolgt von 17,1 Prozent bei pflegerischen Teamleitungen, 16,2 Prozent bei Chefarzten und 15,1 Prozent bei Pflegedienstleitungen. Die anderen Professionen liegen unter zehn Prozent.

Dauer bis zur Umsetzung: Bei der Frage zur Dauer von der Entscheidung bis zur Aktivierung einer Bettenspernung gaben 33,8 Prozent an, diese sei sehr unterschiedlich und hänge davon ab, wer da sei. 17,6 Prozent gaben ein bis drei Stunden an, 12,8 Prozent vier bis acht Stunden, 10,6 Prozent weniger als eine Stunde und 4,7 Prozent mehr als acht Stunden (20% keine Angabe).

Über wie viele Stunden Betten gesperrt werden können, wurde ebenfalls unterschiedlich beantwortet. 29,9 Prozent der Befragten gaben an, es hänge davon ab, wer da sei. 21,8 Prozent erklärten, Betten könnten länger als 48 Stunden gesperrt werden, bei 8,9 Prozent waren dies 24 Stunden, bei 8,4 Prozent 24 bis 48 Stunden, bei 6,4 Prozent weniger als 24 Stunden und in 5,6 Prozent nur eine Schicht. Über die Bettenspernung informiert werden vor allem die Mitarbeiter der Intensivstationen sowie das obere und mittlere Management (Abb. 3). Patienten und Angehörige werden kaum darüber informiert und die Öffentlichkeit nie.

Konsequenzen: Die Konsequenzen der Bettenspernung bestanden nach Angaben der Befragten zu 77 Prozent in der Vermeidung von Risiken, die sonst entstanden wären. Sie dienten zu 70,9 Prozent dem Schutz der Mitarbeiter und zu 67,2 Prozent einer sichereren Versorgung der Patienten.

Die Nachteile wurden dabei auch benannt: 48 Prozent gaben an, dass Operationen oder in 25 Prozent auch Untersuchungen verschoben werden mussten, 28 Prozent bemerkten finanzielle Verluste und 21,8 Prozent abgewiesene Patienten. Eine Gefährdung nicht aufgenommener Patienten gaben 5,4 Prozent an und 0,7 Prozent der Befragten nannten auch Todesfälle infolge nicht erfolgter Aufnahme auf der Intensivstation.

Weitere Gründe für Bettensperrungen: Neben der Bettensperrung aufgrund von Personalmangel gaben die Befragten auch weitere Gründe für die Sperrung von Betten an: 29,1 Prozent aufgrund isolationspflichtiger Patienten, 24,6 Prozent bei sehr aufwendigen Patienten (ECMO, Delir usw.), 19,7 Prozent bei baulichen Mängeln, 19 Prozent bei Ärztemangel, 7,3 Prozent bei sehr prominenten Patienten, 2,8 Prozent bei Versorgungsmängeln (keine Wäsche, Strom, Gas usw.) und 1,4 Prozent bei Personalmangel in anderen Bereichen (OP, Ambulanz usw.).

Personalschlüssel und Verfahrensanweisungen erforderlich

Bettensperrungen im Intensivbereich, die aufgrund von Pflegepersonalmangel erfolgen, scheinen keine Ausnahme zu sein. In einer Anfrage an den Hessischen Landtag (2015) musste festgestellt werden, dass drei von zwölf befragten Kliniken Intensivbetten aus Personalmangel schließen. Systematische Erhebungen stehen hier aber noch aus. Die Teilnehmeranzahl der hier vorgestellten Umfrage spricht dafür, dass ein verbindlicher Personalschlüssel ein zurzeit drängendes Problem ist, das mehr erforscht und öffentlich diskutiert werden sollte.

Auf den meisten Intensivstationen der hier Befragten gibt es immer noch keine verbindlichen Verfahrensan-

weisungen, wie mit Pflegepersonalmangel umzugehen ist. Dies muss immer im Einzelfall verhandelt werden. Damit fehlt den Mitarbeitern auf den Stationen und auch dem Management eine Sicherheit in der Planung konkreter Maßnahmen. Wir fordern daher dringend dazu auf, verbindliche, abgestimmte Verfahrensanweisungen zum Schutz der Mitarbeiter und Patienten zu entwickeln.

Interessant bei der Umfrage ist, dass über die Bettensperrungen zwar krankenhauserintern das Personal informiert wird, aber nur in seltenen Fällen die betroffenen Patienten oder Angehörigen und nicht die Öffentlichkeit. Ob eine öffentliche Information über Bettensperrungen zu einem denkbaren Abfluss von Patientenzugängen führen könnte oder aber zu einer Zunahme – da für einen sicheren Personalschlüssel gesorgt wird –, lässt sich nur schwer abschätzen (Quernheim 2015). In jedem Fall bestünde dann aber die Chance, politische Entscheidungsträger auf die Situation hinzuweisen und eine Diskussion anzustoßen.

Bettensperrungen aufgrund von Personalmangel haben Vor- und Nachteile. Die in der Umfrage Befragten gaben an, dass durch die Bettensperrungen eine sicherere Versorgung und Koordination möglich wurde, gleichzeitig aber auch für Patienten negative Effekte erkennbar waren: Operationen und Untersuchungen mussten ver-



„Kaum noch zu ertragen“

Die Befragten konnten in der Online-Befragung auch eigene Kommentare angeben. Diese lesen sich teilweise sehr besorgniserregend. Eine Auswahl:

- Bettensperrungen sind bei nicht kompensierbarem Personalausfall die einzige Lösung, sicheres Arbeiten zu gewährleisten.
- Ich bin todunglücklich über die Notwendigkeit der Bettensperrungen – ich würde mich freuen, wenn die Politik und die Krankenhausführung die Situation vernünftig einschätzen und endlich gegensteuern! Im Interesse der Patienten und des Krankenhauspersonals.
- Ich finde den Personalschlüssel unfassbar! Man kann keine 4 bis 5 Patienten vernünftig pflegen und versorgen!!
- Die Belastungen sind oftmals kaum noch zu ertragen.
- Auf der ITS hier werden nie Betten gesperrt. Bei einer Soll-Besetzung von 6 sind wir die meiste Zeit zu viert. Dabei betreuen 2 Pflegekräfte 4 Patienten und 2 betreuen 3. Dieser Zustand gilt auch, wenn zum Teil bis zu 3 ECMO-Patienten hier liegen.
- Aufgrund der schlechteren Arbeitsbedingungen auf Intensiv entsteht viel Frust beim Personal, massiver Anfall von Mehrarbeit und mehr und mehr Abwanderung von Personal sowie gehäufte Krankheitsfälle. Dies führt wie in einer Spirale zu immer inakzeptableren Arbeitsbedingungen und zu einer schlechteren Versorgung der Patienten.
- Bettenschließungen durch Personalmangel könnte durch effektiveres Personalmanagement vorgebeugt werden. Die Lohnkosten, die von den Krankenkassen für erkrankte Mitarbeiter den Häusern erstattet werden, müssten für Personalausfälle im Vorfeld investiert werden. Dann wäre dieses Personal im Notfall schon einigermaßen eingearbeitet und könnte eingesetzt werden. Leider wird immer erst reagiert, wenn der Notfall eingetreten ist.

Die gesamten, anonymisierten Kommentare sind auf www.bettensperrung.de zu lesen.

schoben werden, Patienten konnten nicht aufgenommen werden, zwei Patienten seien nach Angaben der Befragten sogar verstorben, weil sie nicht auf eine Intensivstation aufgenommen werden konnten. Es ist hierbei nicht feststellbar, ob diese Patienten auch bei Aufnahme auf die Intensivstation verstorben wären.

Gegenteilig lässt es die Vermutung zu, dass wahrscheinlich eine Dunkelziffer von Patienten jährlich versterben, weil nicht ausreichend Personal auf der Intensivstation verfügbar ist oder auf jeder vierten Intensivstation vom verbleibenden Personal Doppelschichten gearbeitet werden.

Die Zunahme an Patientenzahlen bei gleichbleibendem oder sinkendem Personalschlüssel führt zu allokationsethischen Konflikten. Bieten wir möglichst viele Betten an, die dann auf niedrigem Niveau versorgt werden können oder lieber wenige Betten mit guter Versorgungsqualität und riskieren wir dann, dass für manche Patienten kein Bett verfügbar ist? Welcher Patient bekommt wann welche Ressource? Was ist eine akzeptable Wartezeit für Operationen oder Untersuchungen? In anderen Ländern, in denen ein besserer Pflegeschlüssel bei weniger Intensivbetten gegeben ist, werden solche und andere Fragen intensiv diskutiert.

Eine hohe Arbeitsdichte führt zu bekannten Mängeln in der Versorgung von Intensivpatienten mit einem erhöhten Risiko für Infektionen und Mortalität der Intensivpatienten und gesundheitlichen Schädigungen der Mitarbeiter (Aiken et al. 2014). Hohe Arbeitsbelastungen und -unzufriedenheit bedingen Abwanderung und Rekrutierungsschwierigkeiten bei Fachpflegekräften. Die Ergebnisse und Kommentare der Untersuchung zeigen hingegen, dass Intensivpflegende die Bettensperrungen begrüßen. Bettensperrungen können daher auch ein Instrument der Wertschätzung sein, wenn man bereit ist, die finanziellen Aspekte im Interesse einer guten Patientenversorgung zu tragen. Der Personalbindung an das Unternehmen ist dies sicherlich förderlich.

Eine Möglichkeit könnte sein, verbindliche Verfahrensanweisungen zur Bettensperrung aufgrund von Personalmangel einzuführen. Diese sollten auch für die allgemeinstationäre Versorgung gelten, in der die Versorgungsengpässe nicht geringer zu sein scheinen.

Ärzte, Pflegekräfte und alle an der Patientenversorgung beteiligten Personen sind primär einer adäquaten Patientenversorgung verpflichtet. Die Rahmenbedingungen hierzu, auch im Sinne einer Daseinsfürsorge für die Menschen, ist ein politischer Auftrag. Ein guter Anfang ist die Forderung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) bezüglich quantitativer und qualitativer Personalbesetzung auf der Intensivstation, die bei einem 30-prozentigen Anteil von Fachpflegenden für zwei Behandlungsplätze pro Schicht eine Pflegekraft empfiehlt (Empfehlungsgrad 1A).

Ähnlich fordert auch die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. mindestens eine Pflegende für zwei Patienten und darüber hinaus für aufwendige Patienten eine zusätzliche Pflege-

kraft pro Schicht bereitzustellen (DGF 2007, 2015). Aus hygienischen Gründen (Kochanek et al. 2015) sollte beim Intensivbehandlungspatienten eine 1:1-Betreuung stattfinden.

119. Deutscher Ärztetag Hamburg, 24.05.–27.05.2016 Beschlussprotokoll IV – 32 online unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/119.DAET/119DAET_Beschlussprotokoll20160603.pdf (letzter Aufruf: 09.12.2016)
- Aiken et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study *The Lancet*, Volume 383, Issue 9931, 1824–1830
- Biermann A, Geissler A (2013): Beatmungsfälle und Beatmungsdauer in deutschen Krankenhäusern. TU Berlin online unter: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/sonstiges/WPS_vol_7_final.pdf (letzter Aufruf: 09.12.2016)
- Boldt J, Schöllhorn Th: (2008): Intensivmedizinische Versorgung: Rationierung ist längst Realität. *Dtsch Ärztebl* 105 (19): A 995–997
- DBFK (2016): ICN Workforce Forum Communiqué online unter: https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/ICN-Workforce-Forum-Communiqu-_Sichere-Personalbemessung_-2016.pdf 02.11.2016
- Jorch et al.: (2011) Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen – Kurzversion Deutscher Ärzte-Verlag | DIVI | 2 (2) online unter: http://epaper.online-divi.de/img/DIVI/content/empfehlungen_intensivtherapiestationen.pdf (letzter Aufruf: 09.12.2016)
- DGF (2007): Erklärung der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) zu Pflegequalität und Patientensicherheit im Intensivpflegebereich. Online unter: http://wordpress.p133885.webspaceconfig.de/wp-content/uploads/DGF_Berliner_Erklärung_April_2007.pdf (letzter Aufruf: 09.12.2016)
- DGF (2015): Empfehlung zur qualitativen und quantitativen Pflegepersonalbesetzung von Intensivstationen. Online unter <http://www.dgf-online.de/empfehlung-zur-qualitativen-und-quantitativen-pflegepersonalbesetzung-von-intensivstationen/> (letzter Aufruf: 09.12.2016)
- 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 unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Isfort_Pflege-Thermometer_DS DP.pdf (letzter Aufruf: 09.12.2016)
- Kochanek et al. (2015): Personalbedarf einer Intensivstation unter Berücksichtigung geltender Hygienerichtlinien. *Dtsch med Wochenschr*; 140 (14): e136-e141 DOI: 10.1055/s-0041-102841
- Krankenhausplan NRW (2015): Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, online unter: www.mgepa.nrw.de (letzter Aufruf: 09.12.2016)
- Kleine Anfrage des Abg. Dr. Spies (SPD) vom 24.02.2015 betreffend Intensivbehandlungsbetten im Rhein-Main-Gebiet Hessischer Landtag 19 Wahlperiode Drucksache 19/1638, online unter: <http://starweb.hessen.de/cache/DRS/19/8/01638.pdf> (letzter Aufruf: 09.12.2016)
- Quernheim G, Keller C. (2016). Sind Bettenschließungen letztes Mittel der Wahl? www.German-Quernheim.de (letzter Aufruf: 09.12.2016)



Peter Nydahl, MScN, ist Pflegewissenschaftler und tätig im Bereich der Pflegeforschung am Uniklinikum Schleswig-Holstein (UKSH).
Mail: peter.nydahl@uksh.de

Arnold Kaltwasser, BSc., ist Leitung der Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie, Außerklinische Intensivpflege und Notfallpflege an der Akademie der Kreiskliniken Reutlingen GmbH.

Rolf Dubb, BSc., ist Leitung der Weiterbildung an der Akademie der Kreiskliniken Reutlingen GmbH.

Das Magazin für die Pflege zu Hause

pflegen Angehörige

Das Magazin für die Pflege zu Hause erscheint **4x pro Jahr!**



Verschenken Sie die Zeitschrift an Ihre Kunden!

Fachliche Informationen, rechtliche Grundlagen, praktische Hilfen, Menschen & Geschichten ...

* Mindestbestellmenge 10 Stück, zzgl. Versandkosten



Herausgeber der Zeitschrift: Pflege e.V.

Bestellen Sie kostenfrei und unverbindlich Ihr Probeexemplar und lassen Sie sich von unserem Angebot überzeugen:

Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH
Stadtwaldpark 10 | 34212 Melsungen
Petra Volk | Telefon (0 56 61) 73 44 79 | Fax (0 56 61) 75 18 79
E-Mail: petra.volk@bibliomed.de