

## **Expert:innenpapier „Pflegerische Personalbemessung auf den Intensivstationen und angrenzenden Bereichen“**

Die Bedeutung der Interdisziplinarität und Interprofessionalität im Gesundheitswesen ist von grundlegender Relevanz und erstreckt sich über verschiedene Aspekte der Patient:innenversorgung. Dies reicht von der unerlässlichen Notwendigkeit beispielsweise gemeinsamer Absprachen während der interdisziplinären Visite gemäß den DIVI-Qualitätskriterien (QI 1) bis hin zur engen Zusammenarbeit und gemeinsamen Planung des Versorgungsprozesses mit anderen Therapieberufen. In diesem Zusammenhang wird deutlich, wie die nahtlose Koordination und Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche und Gesundheitsberufe zu einer effektiveren und ganzheitlichen Versorgung der Patient:innen führen kann.

Um diesem Ziel gerecht zu werden braucht es eine bedarfsgerechte quantitative und qualitative Personalausstattung auf die sich dieses Expert:innenpapier im Bezugsrahmen der Intensivstationen und angrenzenden Bereichen (Post Anesthesia Care Unit [PACU], Intermediate Care [IMC] etc.) der Erwachsenenpflege bezieht. Wesentliche Aspekte, die den Einsatz eines Personalbemessungsinstrumentes im Intensivbereich begründen und welche Anforderungen an den Qualifikationsmix und anzuwendende Personalschlüssel gestellt werden, können den folgenden Ausführungen entnommen werden.

### **Grundlegende Empfehlungen zu unterschiedlichen Qualifikationsniveaus**

Eine qualitativ hochwertige Versorgung benötigt v.a. in hochsensiblen Bereichen einen ausreichenden Grad an weiterführender Qualifizierung. In Bezug auf die Personalbemessung im intensivstationären Bereich bedarf es an dieser Stelle des Verweises auf das Stufensystem der Strukturempfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI, 2022). Hierzu ergänzend ist auf die Notwendigkeit einer Fachqualifikationsquote von mindestens 50 % und mehr hinzuweisen, um aktuellen und zukünftigen Versorgungsherausforderungen gerecht zu werden. Insbesondere braucht es in Bezug auf den Qualifikationsmix klare Rollenbeschreibungen. Neben Pflegefachfrauen/-männern/-personen sowie nach vorher gültigen Berufsbezeichnungen mit einer dreijährigen Ausbildung oder primärqualifizierendem Studium mit Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung gemäß § 1 nach Pflegeberufegesetz (PflBG) gilt es auch andere pflegerische Qualifikationen miteinzubeziehen (Hermes & Ochmann, 2022). Somit benötigt es zum einen auch den Einsatz von weitergebildeten Pflegefachpersonen, die eine staatlich anerkannte, landesrechtliche oder nach Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung zur Intensivpflege und Anästhesie oder Notfallpflege absolviert haben. Zum anderen braucht es spezialisierte Pflegefachpersonen, die eine Zusatzqualifikation in Form einer zertifizierten, fachspezifischen Fortbildung z.B. Pflegeexpert:in (Chest Pain Unit) oder auch eine akademische Qualifizierung z.B. zur Advanced Practice Nurse (APN) erworben haben. Im Rahmen der Ausgestaltung des Qualifikationsmixes benötigt es stets die Berücksichtigung bzw. Zuweisung der Rolle und der Aufgabengebiete der jeweiligen Beschäftigten im Versorgungsprozess (Blanck-Köster et al., 2020). Zudem ist für die Durchführung bestimmter Tätigkeiten stets eine weiterführende Einarbeitung und langjährige Erfahrung nötig. Auch sind ggf. zusätzliche Qualifikationsnachweise erforderlich, sofern diese nicht curricularer Bestandteil der Ausbildung, des Studiums und/oder einer einschlägigen Fachweiterbildung waren, wie z.B. differenzierte Lagerungsmaßnahmen, Tubuspflege und die Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten

und deren gesetzliche Verankerung unterschiedliche Qualifikationsniveaus einschließen muss, jedoch keine settingabhängige Unterscheidung vornimmt. Dies gilt auch für die Abgrenzung zur Pflegeassistenz. Hier wird auf die aktuellen Positionierungen des Deutschen Pflegeverbandes e.V. (DPR) verwiesen und im Rahmen der folgenden Ausführungen nicht weiter Bezug genommen.

### Bedarfsorientierter Qualifikationsmix in der Intensivpflege

Gemäß einer bedarfsgerechten Personalbemessung braucht es den Einbezug versorgungsspezifischer Kriterien sowie auch angrenzender organisatorischer und administrativer Tätigkeiten.

Dahingehend empfiehlt die Expert:innengruppe, dass sowohl die Fachkraftquote, als auch das Verhältnis von Pflegefachpersonen zu Patient:innen im Rahmen eines Stufenmodells gestaltet werden muss.

- Stufe 1 = gemäß DIVI-Strukturrempfehlungen
- Stufe 2 = > 30 % Fachqualifikationsquote (unterstützt durch ein Förderprogramm, um den Anteil auf > 50 % zu erhöhen)
- Stufe 3 = > 40 % Fachqualifikationsquote (unterstützt durch ein Förderprogramm, um den Anteil auf > 50 % zu erhöhen)

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) empfiehlt eine Nurse-to-Patient-Ratio von 1:2 im Intensivbereich und von 1:3 für IMC-Stationen. Dieser Pflegeschlüssel soll sicherstellen, dass ausreichend Pflegefachpersonal zur optimalen Versorgung der zu versorgenden Patient:innen zur Verfügung steht und auch personelle Ressourcen für Notfälle oder unvorhergesehene Aufnahmen bereitgestellt werden können. Hier muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass ein starrer Pflegeschlüssel nicht den individuellen pflegerischen Aufwand der Patient:innen berücksichtigt. Daher ist die Einführung eines Verfahrens notwendig, das sowohl den pflegerischen Aufwand als auch Zusatzaufgaben klar definiert und den tatsächlichen Bedarf an Pflegefachpersonal jenseits des Pflegeschlüssels aufzeigt. Hierzu gehört auch der Einbezug der Leitungsstruktur, Fachquote, Abwesenheiten durch Fortbildungen und Schulungen, Praxisanleitung, Ausfallmanagement, Bettenplanung, Transportfahrten und mehr. Außerdem muss ein hoher Grad an Praktikabilität im Umgang und der Nutzung des Verfahrens sichergestellt werden. Der Zeitaufwand für die Datenerfassung sollte daher möglichst gering gehalten werden, z.B. durch Anwendung von Standarddatensätze. Langfristig muss die direkte Ausleitung der Daten aus dem Patient:innendatenmanagementsystem (PDMS) angestrebt werden, um zusätzlichen Dokumentationsaufwand zu reduzieren und Pflegefachpersonen zu entlasten. Insbesondere Kliniken mit noch niedrigem Digitalisierungsgrad sollen das Verfahren anwenden können.

Zudem ist zu empfehlen, dass die ermittelten Datensätze kurz nach Eingabe visualisiert werden können und im Rahmen z.B. eines Dashboards aufrufbar sind. Das System sollte u.a. ermöglichen, dass Personaleinsatzplanende einen erhöhten Bedarf an Pflegefachpersonal sofort erkennen und somit auch kurzfristig reagieren können. In Zukunft könnten KI-gestützte Softwarelösungen eine risikoadjustierte Personalplanung unterstützen.

Personaluntergrenzen und andere feste Nurse-to-Patient-Ratio sind als Untergrenzen zu verstehen und stellen das unterste Fundament dar, bei dem die Patient:innenversorgung über einen kurzen Zeitraum noch sichergestellt ist. Diese berücksichtigen in keiner Weise Personalbedarfe, die über eine ausreichende Versorgung sowie zusätzliche und v.a. langfristige Versorgungsergebnisse hinausgehen. Es ist daher von großer Notwendigkeit, dass diese Grenzen durch eine dynamische Personalbemessung ergänzt werden. Personalbedarfsermittelnde Instrumente wie die PPR 2.0 oder INPULS (Eck & Tack, 2023) wurden/sollen erprobt werden und deren Ergebnisse sind miteinzubeziehen (KPMG 2023; BMG 2023).

Die Einführung von verbindlichen und auf die jeweiligen Gegebenheiten zugeschnittenen Personaluntergrenzen auf Intensivstationen erfordert eine bedarfsorientierte Berücksichtigung spezifischer und lokaler Rahmenbedingungen. Die Expert:innengruppe empfiehlt daher folgende Regelungen einzuhalten, damit eine qualitativ hochwertige Patient:innenversorgung einerseits und eine vernünftige Personalentwicklung andererseits, mittelfristig gute Ergebnisse erzielen kann.

1. Die durchgehende Anwesenheit von mindestens zwei dreijährig examinierten Pflegefachpersonen, wovon mindestens 50 % der anwesenden Personen eine spezifische Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie vorweisen kann. Diese Vorgabe gilt unabhängig der Größe der Intensivstation.
2. Die Anwesenheit einer dreijährig examinierten Pflegefachperson, idealerweise mit einer Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivpflege mit der Rolle der Schichtleitung.
3. Eine separate administrative Stelle mit dem Qualifikationsniveau einer:ns Medizinischen Fachangestellten (MFA), je nach Größe der Intensivstation.
4. Die Anwesenheit anderer Berufsgruppen, wie Anästhesietechnische Assistenz (ATA), Operationstechnische Assistenz (OTA), Intensivmedizinisch technische Assistenz (ITA) zur Unterstützung bei administrativen Aufgaben und qualifikationsbasierten Tätigkeiten in der Patient:innenversorgung unter fachpflegerischer Aufsicht und Delegation.
5. Der zusätzliche Einsatz von Advanced Practice Nurse (APN) auf Masterniveau zur pflegewissenschaftlichen Begleitung des Behandlungsteams.
6. Idealerweise die Besetzung des pflegerischen Leitungsteams aus pflegefachlicher und pflegepädagogischer Leitung.
7. Zusätzlich freigestellte Pflegefachpersonen in einem Umfang von mindestens 10 % der vorhandenen Stellenanteile für die Praxisanleitung von festen Mitarbeitenden der Station und Weiterbildungsteilnehmenden.
8. Berücksichtigung von Weiterbildungsteilnehmenden und studierenden Pflegefachpersonen im Stellenplan, unter Beachtung theoretischer Unterrichtsphasen und externer Einsätze. Hierfür kann ein zusätzlicher Stellenanteil von 30 % pro Weiterbildungsteilnehmenden angesetzt werden, sofern Personalersatz aus anderen Abteilungen verfügbar ist. Andernfalls sollte hier ein Anteil von 50 %, entsprechend der Notfallpflege, angesetzt werden.
9. Die Einschätzung des individuellen Pflegebedarfes darf nur durch Pflegefachpersonen erfolgen, insbesondere angesichts der steigenden Verweildauer von Patient:innen im intensivpflegerischen Bereich.
10. Etablierung eines koordinierten Ausfallmanagements mit Einbezug benötigter Qualifikationen.

Langfristig muss das angestrebte Ziel sein, mindestens 50 % fachweitergebildeten und/oder akademisierten Pflegefachpersonen mit einschlägigem Studium vorzuhalten. Dies geht über die aktuellen gesetzlichen Vorgaben hinaus und benötigt daher eine Neubewertung dieser durch Expert:innengruppen.

### **Bedarfsorientierter Personalschlüssel in der Intensivpflege**

Für bestimmte Maßnahmen, wie die Versorgung von Patient:innen mit Organersatzverfahren oder die Initiierung und Fortführung der Beatmungstherapie wird eine spezifische Pflegepersonal-ausstattung für Intensivstationen oder angrenzenden Bereichen empfohlen, einschließlich 1:1 oder 1:2 Betreuung. Zusätzlich gilt weitere Maßnahmen im Rahmen der Personalausstattung zu beachten.

Demnach müssen in Bezug auf die direkte Patient:innenversorgung täglich folgende Vorgaben beachtet werden:

- 1:1 Betreuung für die Versorgung von intensivpflichtigen Patient:innen mit ECMO-Neuanlage (für die Dauer der Neuanlage in den ersten sechs Stunden)

- 1:1 Betreuung bei Initiierung einer Beatmung und nicht-invasiver Beatmung (NIV) für zwei Stunden sowie eine 1:2 Betreuung bei Fortführung der Beatmungstherapie
- 1:2 Betreuung für die Versorgung von intensivpflichtigen Patient:innen mit mehr als zwei Organersatzverfahren
- 1:3 Betreuung für die Versorgung von Patient:innen mit nur einem nicht hochkomplexen Organersatzverfahren, wie z.B. kontinuierliche veno-venöse Hämofiltration (CVVH), kreislaufstabil, nicht delirant, keine ECMO

Es besteht die Möglichkeit, dass in Fällen ohne jegliches Organersatzverfahren eine 1:4 Personalbesetzung durch eine 1:6 Personalbesetzung im IMC-Bereich ersetzt werden kann. Dabei ist aus pflegfachlicher Sicht angebracht, den IMC-Bereich in den Intensivbereich zu integrieren und die Bereiche in einer gemeinsamen Einheit baulich zu verorten. Hierdurch können vertikale Verlegungen vermieden und die Einarbeitung von weniger erfahrenen Mitarbeitenden für den High Care Bereich erleichtert werden.

Darüber hinaus muss eine ausreichende Personalausstattung berücksichtigt werden, die sich auf weitere Maßnahmen bezieht:

1. Vorbereitungskurse: Es braucht die Etablierung von Vorbereitungskursen für Pflegefachpersonen ohne Erfahrung im Intensivbereich. Zum einen gilt es dadurch eine gute Vorbereitung für zukünftige Mitarbeitende zu sichern, zum anderen um Pflegefachpersonen für diesen Bereich auch langfristig zu gewinnen. Dies ist insbesondere mit Blick auf die generalistische Ausbildung von Pflegefachpersonen wesentlich, um diese in diesen komplexen Fachbereichen von Beginn an erfolgreich zu unterstützen.
2. Supervision: Unerfahrene Mitarbeitende sollten durch erfahrene Kolleg:innen unterstützt und supervidiert werden.
3. Assistenzpersonal für administrative Aufgaben: Entsprechend den spezifischen Anforderungen der Station können Personen, wie Medizinische Fachangestellte beispielsweise bei Aufgaben, wie Anwesenheit am Stützpunkt, Aufnahme von Bestellungen, Telefondienst und der Dokumentation und Kontrolle von Abrechnungsdaten unterstützen. Die Qualifikation sollte die Ausführung der Tätigkeiten ermöglichen und daher vorab geprüft werden.
4. Psychosoziale Betreuung: Zur Verbesserung der Versorgungsqualität und dem Schutz der Mitarbeitenden benötigt es zwingend die dauerhafte Anwesenheit einer psychologischen Betreuung im Intensivbereich, um Patient:innen, Zu- und Angehörige sowie Beschäftigte aller Berufsgruppen angemessen zu unterstützen und zu begleiten.
5. Ethische Evaluation: Es sollte qualifiziertes Personal im Bereich der Ethikberatung im Tagdienst vorgehalten werden, um ethische Fragestellungen zu bearbeiten.

Zu betonen ist, dass eine bedarfsgerechte Personalbemessung auch die Beachtung der Ausfallquote beinhaltet. Hierbei sollten verschiedene Faktoren berücksichtigt werden, um eine realistische und aussagekräftige Einschätzung der Auswirkungen von Personalausfällen auf eine Organisationseinheit oder Einrichtung zu erhalten. Inbegriffen sind durchschnittliche Krankheitsausfälle auf Basis vergangener Daten mit Berücksichtigung kurz-, mittel- und langfristiger Krankheiten oder Verletzungen sowie Kuren und Rehamaßnahmen, tarifrechtliche Urlaube inkl. Bildungsurlaub, Mutterschutz und Elternzeit, Fortbildungen und Schulungen sowie weitere. In der Festsetzung von Kriterien zur Berechnung der Ausfallquote sind Unterschiede miteinzubeziehen und sollten sich daher an die jeweiligen und individuellen Bedürfnisse und Gegebenheiten der Kliniken richten. Die Ausfallquote muss regelmäßig überprüft und aktualisiert werden, um sicherzustellen, dass sie den aktuellen Anforderungen entspricht.

### **Sanktionen bei Nichteinhalten der Besetzungserfordernisse**

Konsequenzen bei Nichterfüllung der Personaluntergrenzen (PpUGV), die sich ausschließlich auf monetäre Sanktionen beziehen sind unzureichend, da diese keine Versorgungsmangel und Qualitätsdefizite, die sich aus einer mangelnden quantitativen und qualitativen pflegerischen Personalbesetzung ergeben, verhindern. Im Rahmen des Einsatzes und der

Weiterentwicklung der PPR 2.0 gilt es diesen Zustand zu beheben, indem Kapazitäten eingeschränkt werden, sobald die Vorgaben auch nach ausfallkompensierenden Maßnahmen und der Anpassung struktureller und prozessualer Gegebenheiten nicht eingehalten werden können.

### Institut für die Personalbemessung in der Pflege

Um quantitative und qualitative Personalerfordernisse in der Pflege nachhaltig zu gewährleisten, benötigt es die Schaffung eines eigenständigen pflegerischen Institutes zur Personalbedarfsbemessung (InPeP). Aufgaben eines solchen Institutes sind u.a. qualitätsbezogene Belange der beruflich Pflegenden zu überwachen und sicherzustellen, sodass erläuterte Standards eingehalten werden können. Zudem kann weiterführend die beim InPeP verortete wissenschaftliche Begleitung der eingesetzten Instrumente und angewandeter Personalvorgaben einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung, der Überwindung aktueller und zukünftiger Herausforderungen und letztendlich der Steigerung der Versorgungsqualität leisten. Die Finanzierung muss aus Bundesmitteln erfolgen, um Unabhängigkeit und Kontinuität zu ermöglichen. Dabei ist wesentlich, dass das Institut über mehrere politische Legislaturperioden hinweg agieren kann, um langfristige und zielführende Planungen und Analysen vorzunehmen. Dadurch wird sichergestellt, dass die Einhaltung quantitativer und qualitativer Standards dauerhaft überwacht und verbessert sowie Strategien entwickelt, Forschungsprojekte durchgeführt und Daten gesammelt und analysiert werden können. Nur hierdurch ist es möglich flächendeckende evidenzbasierte Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflege und Sicherstellung der Versorgungsqualität auszusprechen.

### Quellen

Blanck-Köster, K., Roes, M. & Gaidys, U. (2020). Clinical-Leadership-Kompetenzen auf der Grundlage einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice). *Med Klein Intensivmed Notfmed* 115, 466-476 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00716-w>.

BMG (2023). Leistungsbeschreibung für die Entwicklung und modellhafte Erprobung des Verfahrens zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf Intensivstationen für Erwachsene. Verfügbar unter: [https://ausschreibungen-deutschland.de/2026728\\_Entwicklung\\_und\\_modellhafte\\_Erprobung\\_eines\\_Verfahrens\\_zur\\_Ermittlung\\_einer\\_angemessenen\\_2023\\_Berlin](https://ausschreibungen-deutschland.de/2026728_Entwicklung_und_modellhafte_Erprobung_eines_Verfahrens_zur_Ermittlung_einer_angemessenen_2023_Berlin).

Eck, I., Tack, A-K. (2023). Personalbedarfsberechnung für die Intensivstation. *PflegenIntensiv* 2/2023, 5-11 (2023). Verfügbar unter: <https://www.bibliomed-pflege.de/pi/artikel/47926-personalbedarfsberechnung-fuer-die-intensivstation>.

Hermes, C., Ochmann, T., Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e. V. (DGIIN). et al. Intensivpflegerische Versorgung von Patient:innen mit [infarktbedingtem], kardiogenen Schock. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 117 (Suppl 2), 25-36 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00945-1>.

KPMG (2023). Erprobung der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) und der Kinder-Pflegepersonalregelung 2.0 (Kinder-PPR 2.0). Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/erprobung-der-pflegepersonalregelung-20-ppr-20-und-der-kinder-pflegepersonalregelung-20-kinder-ppr-20>.

Waydhas, C., Riessen, R., Markewitz, A., Hoffmann, F., Frey, L., Böttiger, B.W., Brenner, S., Brenner, T., Deffner, T., Deininger, M., Janssens, U., Kluge, S., Marx, G., Schwab, S., Unterberg, A., Walcher, F., van den Hooven, T. (2022). Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Erwachsene). Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.

Berlin, November 2023

Fachkommission PPR 2.0  
Expert:innengruppe der Unterarbeitsgruppe Intensiv- und Notfallpflege

**Deutscher Pflegerat e.V. – DPR**

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30/ 398 77 303

Fax: + 49 30/ 398 77 304

E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)

[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)