Pflegevisite auf der Intensivstation: Patienten in den Mittelpunkt der Pflege rücken

Lars Krüger¹ · Thomas Mannebach²

Eingegangen: 9. September 2021 / Angenommen: 15. Dezember 2021 / Online publiziert: 31. Januar 2022
© Der/die Autor(en) 2022

Zusammenfassung

Hintergrund Seit über 20 Jahren wird in Deutschland zu Pflegevisiten (PV) im Krankenhaus berichtet. Zur PV auf der Intensivstation gibt es national bisher noch keine wissenschaftlichen Untersuchungen.

Ziel der Arbeit Primäres Ziel dieser Evaluationsstudie war zu untersuchen, ob es durch kollegial-beratende PV auf einer Intensivstation aus Sicht der Pflegenden zu einer Förderung der Patientenzentrierung kommt, und ob es einen Unterschied zwischen Pflegenden gibt, die an mindestens einer Visite praktisch teilgenommen haben, und solchen, die nicht teilgenommen haben. Sekundäre Ziele waren die Ermittlung von Optimierungspotenzialen bei der Durchführung der PV sowie weiterer Rahmenbedingungen und eine abschließende Bewertung zur PV.

Methode Die Evaluationsstudie wurde im September 2017 als quantitative Vollerhebung ($n=69$) mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Zur Datenauswertung wurden Methoden der deskriptiven Statistik angewendet.

Ergebnisse Mit einem Rücklauf von 63,8 % ($n=44$) bestätigten die an der PV teilnehmenden Pflegenden mit 86,7 % ($n=26$) und die nichtteilnehmenden Pflegenden mit 85,7 % ($n=12$) eine Förderung der Patientenzentrierung. Es gaben 83,3 % ($n=25$) der Teilnehmenden sowie 42,9 % ($n=6$) der Nichtteilnehmenden an, dass pflegerische Maßnahmen optimierter an die Bedürfnisse der Patienten angepasst werden konnten. PV sollten wöchentlich stattfinden und wurden im Mittelwert mit 2,1 ($SD=1,1$; $n=28$) bewertet.

Schlussfolgerungen PV auf der Intensivstation stellen aus Sicht der Pflegenden ein hilfreiches, praxisnahes Instrument dar, um die Patientenzentrierung sowie die weitere Versorgung zu optimieren.

Schlüsselwörter Beratung · Intensivpflege · Krankenhaus · Patientenorientierung · Patientenzentrierung

Nursing visits on intensive care units: putting patients in the focus of care

Abstract

Background For more than 20 years nursing rounds in hospitals have been discussed in Germany, yet there are still no national scientific investigations on nursing rounds in an intensive care unit.

Aim The primary aim of this evaluation study was to investigate whether colleague advisory nursing rounds in an intensive care unit contribute to an improvement in patient centeredness from the nurses' point of view and whether there is a difference between nurses who have or have not participated in at least one practical nursing round. Secondary goals were the determination of optimization potentials as well as other framework conditions and a final evaluation of the nursing rounds.

✉ Lars Krüger
lkrueger@hdz-nrw.de

Thomas Mannebach
tmannebach@hdz-nrw.de

¹ Fort- und Weiterbildung Intensivpflege, Intensivstation E 0.1, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Georgstr. 11, 32545 Bad Oeynhausen, Deutschland

² Intensivstation E 0.1, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Georgstr. 11, 32545 Bad Oeynhausen, Deutschland

Method The evaluation study was carried out in September 2017 as a quantitative full survey ($n=69$) using a standardized questionnaire. Methods of descriptive statistics were used to evaluate the data.

Results With a response rate of 63.8% ($n=44$), 86.7% ($n=26$) of the nurses who already participated in the nursing rounds and 85.7% ($n=12$) of the non-participating nurses confirmed improvements in patient centeredness. Of the participants 83.3% ($n=25$) and 42.9% ($n=6$) of the non-participants stated that nursing measures could be adapted more optimally to the needs of the patients. Nursing rounds should take place weekly and were given a mean value of 2.1 ($SD=1.1$; $n=28$).

Conclusion From the nurses' point of view, nursing rounds in the intensive care unit are a helpful and practical instrument to optimize patient centeredness and further care.

Keywords Counseling · Nursing rounds · Intensive care · Hospital · Patient centeredness

Hintergrund

Die Pflegevisite (PV) wird in Deutschland seit über 2 Jahrzehnten thematisiert. Bereits 1978 wurde eine Form der PV auf Intensivstationen erwähnt (Panka 2013, S. 39). In den darauffolgenden Jahren folgten dann verschiedene Ansätze und Ausführungen in der Praxis. Diese differenzieren sich z. T. zwischen Krankenhäusern, die in Deutschland der Gesetzgebung im Sozialgesetzbuch V (SGB V), und ambulanten sowie stationären Einrichtungen der Langzeitpflege, die dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) unterliegen. Die PV ist in ambulanten und stationären Einrichtungen des SGB XI ein bekanntes und vielseitig genutztes Instrument der Qualitätskontrolle in der Pflege. Anhand von z. B. in unterschiedlichen Intervallen geführten Gesprächen zwischen Bewohnerschaft und Führungskräften soll auf diesem Weg u. a. evaluiert werden, ob die Pflege zufriedenstellend durchgeführt wird (Flach 2012). Außerdem kann im Rahmen der PV z. B. überprüft und sichergestellt werden, ob Expertenstandards in der Praxis umgesetzt werden (Blumenberg und Büscher 2017). In Krankenhäusern, welche dem SGB V unterliegen, findet die PV eine deutlich geringere Anwendung. So fanden Görres et al. (2002) heraus, dass in Deutschland bei nur 31 % der befragten Krankenhäuser in 5 Bundesländern eine PV implementiert war. Als Ursache für die geringere Verbreitung wurde u. a. der hohe zeitliche Aufwand genannt (Görres et al. 2002).

Es gibt verschiedene Begriffsdefinitionen und Einsatzmöglichkeiten für eine PV im Krankenhaus. Heering und Heering (1994) erstellten z. B. die Definition: „Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit der Klientin über ihren Pflegeprozess“. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hingegen bezeichnet die PV u. a. als ein „... flexibles Instrument zur Überprüfung der Umsetzung des Pflegeprozesses sowie der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ...“ (Panka et al. 2010, S. 2). Somit können die Ziele einer PV, je nach Einsatz und Umsetzung in der Praxis, sehr unterschiedlich sein.

Auf einer Intensivstation hat die Umsetzung der PV noch einmal einen anderen Rahmen. Viele der erkrankten Personen sind, wenn z. T. auch nur vorübergehend, nicht oder nur

eingeschränkt in der Lage, verbal oder nonverbal an einer PV teilzunehmen. Dennoch bietet die PV sehr viele Vorteile. Beispielfhaft sind dazu die Patientenorientierung bzw. Patientenzentrierung und Qualitätssicherung in der Pflege zu nennen. Pflegenden können gleichermaßen von einer kollegial-beratenden Unterstützung profitieren (Kaltwasser et al. 2015; Krüger und Ramos y Soto 2018).

International wird die PV auf der Intensivstation ebenfalls beschrieben. Während der PV werden Themen wie beispielsweise die Positionierung von Patienten, psychologische Unterstützung von Angehörigen sowie Kommunikation identifiziert und gemeinsame Lösungen erarbeitet (Aitken et al. 2011; Jennings und Mitchell 2017). Zusätzlich werden auch die Förderung einer evidenzbasierten Pflegepraxis, des Lernens und der interdisziplinären Zusammenarbeit genannt (Jennings und Mitchell 2017; Mahanes et al. 2013; Tobiano et al. 2019). Gleichermäßen konnten u. a. durch die PV die aktuelle Arbeitslast von Pflegenden sowie Kommunikationsfehler identifiziert werden, welche die Dokumentation nicht immer abbildet (Daud-Gallotti et al. 2012).

Die internationale Situation von Pflegenden auf der Intensivstation ist jedoch nicht mit der in Deutschland vergleichbar. So beschrieben z. B. Aitken et al. (2011), dass rund die Hälfte der Pflegenden auf der Intensivstation in einem australischen Krankenhaus einen Bachelorabschluss als höchste Qualifikation hat. An den deutschen Universitätskliniken hingegen betrug im Jahr 2018 die Anzahl an hochschulisch ausgebildeten Pflegenden im Mittel insgesamt lediglich 3,16 % und 2,11 % in der aktiven Patientenversorgung (Bergjan et al. 2021).

Speziell für die Intensivpflege gibt es im deutschsprachigen Raum bisher keine Evaluationsstudie aus Sicht der Pflegenden nach Einführung einer PV.

Ziel der Arbeit

Primäres Ziel dieser Evaluationsstudie war zu untersuchen, ob es durch kollegial-beratende PV auf einer Intensivstation aus Sicht der Pflegenden zu einer Förderung der Patientenzentrierung kommt, und ob es einen Unterschied zwischen

Pflegenden gibt, die an mindestens einer Visite praktisch teilgenommen haben, und solchen, die nicht teilgenommen haben. Sekundäre Ziele waren die Ermittlung von Optimierungspotenzialen bei der Durchführung der PV sowie weiterer Rahmenbedingungen und einer abschließenden Bewertung. Die Untersuchung fand im Rahmen des Bachelorstudiums Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück statt. Der Begriff Patientenzentrierung wird in dieser Arbeit anstelle von Patientenorientierung eingesetzt, um zu verdeutlichen, dass die Patienten im Zentrum stehen und individuell wahrgenommen werden.

Methode

Design

Es kam eine Evaluationsstudie mit einem nichtexperimentellen Forschungsdesign zum Einsatz. Die Berichterstattung erfolgt unter Berücksichtigung der Empfehlungen des STROBE-Statements (von Elm et al. 2008).

Setting

Die Untersuchung wurde im Herz- und Diabeteszentrum NRW (HDZ NRW) als spezialisierte Einrichtung für Herz-, Kreislauf- und Diabeteserkrankungen auf einer thorax- und kardiovaskularchirurgischen Intensivstation mit 23 Betten durchgeführt. Über insgesamt 3 Monate wurden auf der Pilotstation einmal wöchentlich PV in der kollegial-beratenden Form durchgeführt. Der Ablauf fand in den 3 Schritten Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung statt. Pro Patient waren 45 min Zeit eingeplant. Diese teilten sich in 30 min reine Visitenzeit und 15 min Kurzevaluation in Form eines Gespräches auf.

Die zu visitierenden Patienten wurden durch das Visitationsteam, welches aus 3 Pflegenden mit abgeschlossener Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie sowie einer Berufserfahrung >10 Jahren bestand, nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- ein mindestens 3-tägiger Aufenthalt in der Abteilung,
- keine geplante Verlegung in weiterbehandelnde Abteilungen,
- die erkrankte Person befindet sich nicht im Sterbeprozess.

Jeweils 2 Visitenteammitglieder führten die PV praktisch durch. Eine Person hatte dabei die Funktion der Teamleitung oder stv. Stationsleitung, eine weitere war Praxisanleitung.

Zu Beginn der PV erfolgte zunächst die zusammenfassende Vorstellung der Patienten durch die betreuende Pflegefachperson. Anschließend wurden zentrale und vordergründige Pflegeprobleme und Lösungsvorschläge benannt. Danach fand seitens der visitierenden Personen bei Bedarf eine Beratung der zuständigen Pflegefachperson und des Patienten statt. Eine der visitierenden Personen dokumentierte den Visitationseintrag händisch in einem eigens erstellten Pflegevisitenprotokoll, während die andere Person primär den Dialog mit der Pflegefachperson und, sofern möglich, dem Patienten führte. Abschließend erfolgte eine Zusammenfassung des Besprochenen. Zum Schluss gab es ein gegenseitiges Feedback zum Visitenverlauf von der an der Visite teilnehmenden Pflegefachperson und dem Visitationsteam. Die dokumentierten Inhalte der PV wurden in die Patientenakte geheftet.

Stichprobe

Es wurden alle zum Zeitpunkt der Befragung beschäftigten Pflegenden ($n=69$) auf der Pilotstation eingeschlossen. Diese hatten mindestens eine grundständig abgeschlossene 3-jährige Ausbildung in der Pflege, unterschiedliche lange Berufserfahrung, z. T. spezifische pflegerische Weiterbildungen und waren sowohl in Teilzeit als auch in Vollzeit beschäftigt.

Studiengröße

Die Untersuchung wurde deskriptiv geplant. Es erfolgte keine Fallzahlberechnung oder Randomisierung.

Datenerhebung/Messmethode

Es wurde ein standardisierter schriftlicher Fragebogen erstellt, der sowohl offene als auch geschlossene Fragen und 6-stufige Likert-Skalen enthielt (Zusatzmaterial online: Fragebogen zur Pflegevisite).

Für den Entwicklungsprozess wurde ein tabellarischer 3-teiliger Aufbau gewählt, um Kategorie, Indikator und die spezifische Frage übersichtlich darzustellen (Mayer 2015, S. 192, 193). Zur Prüfung des entwickelten Fragebogens

Tab. 1 Informationsverbreiterung zum Projekt Pflegevisite

Woher hast du die Information zum Projekt Pflegevisite erhalten? (Mehrfachnennung möglich, $n=44$)							
	Stationsbesprechung	Nachschulung	Information via E-Mail	Aushang	Pflegende	Praktische Durchführung der Pflegevisite	Sonstiges
<i>n</i>	29	5	19	17	14	18	0
%	65,9 %	11,4 %	43,2 %	38,6 %	31,8 %	40,9 %	0,0 %

erfolgte ein standardisierter Pretest mit 6 Personen, welche die Zielgruppe abbildeten. Aufgrund der Ergebnisse des Pretests wurden formale sowie sprachliche Änderungen am Fragebogen vorgenommen. Überdies unterstützte eine Professorin für Pflegewissenschaft bei der Entwicklung.

Die Datenerhebung startete mit einer Rücklaufzeit von 14 Tagen zum Ende der Pilotierungsphase im September 2017. Der Fragebogen ist dazu postalisch an alle 69 Pflegenden der Pilotstation verteilt worden. Alle Pflegenden wurden über die freiwillige Teilnahme an der Befragung umfassend informiert. Zur Steigerung des Rücklaufs wurden alle Betroffenen per E-Mail, über das digitale Dokumentationssystem und einen Aushang am Informationsbrett informiert. Zur anonymen Sammlung der Fragebögen stand eine beschriftete und verschlossene Box im Aufenthaltsraum der Abteilung bereit.

Statistische Methoden

Die Datenverarbeitung erfolgte mit dem Programm Microsoft Excel 2016. Dabei wurden die Fragen 3 bis 9 differenziert in 2 Gruppen ausgewertet. Zum einen die Ergebnisse der Pflegenden, die an mindestens einer PV teilgenommen haben (Gruppe T). Dem stehen die Ergebnisse derjenigen, die bisher noch an keiner PV teilnahmen (Gruppe NT), gegenüber.

Die Auswertung erfolgte deskriptiv. Sofern möglich, wurden als Lage- und Streuungsmaße der Mittelwert (MW) und die Standardabweichung (SD) ermittelt.

Ethische Überlegungen

Eine Stellungnahme der Ethikkommission wurde nicht eingeholt, da die Datenerhebung keine soziodemografischen

Angaben beinhaltete. Überdies wurde die Zielgruppe nicht als vulnerabel eingeschätzt. Die Teilnahme war freiwillig und anonym.

Ergebnisse

Im Projektzeitraum wurden insgesamt 75 PV durchgeführt. Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug 63,8 % ($n=44$).

Bis auf eine Person (2,3 %) wussten alle an der Befragung teilnehmenden Pflegenden (97,7 %, $n=43$), dass die PV durchgeführt wird. Die Informationsverbreitung erfolgte hauptsächlich über die Stationsbesprechung (Tab. 1).

Ein Großteil der Befragten (Gruppe T, 68,2 %, $n=30$) nahm schon einmal an der PV teil, 31,8 % (Gruppe NT, $n=14$) nahmen bisher nicht teil.

Auswirkungen der Pflegevisite

Zum Thema Patientenzentrierung durch die PV fiel die Einschätzung der Pflegenden in beiden Gruppen unterschiedlich ausgeprägt, aber zusammenfassend nahezu identisch aus (Abb. 1). Gruppe T bewerte die These „Die Pflegevisite trägt dazu bei, dass der Patient [...] bewusster in den Fokus der Pflege gerückt wird“ auf einer Likert-Skala von 1 (stimme voll zu) bis 6 (stimme überhaupt nicht zu) insgesamt mit 86,7 % ($n=26$), mit den Stufen 1 bis 3. Gruppe NT votierte zu 85,7 % ($n=12$) mit denselben Stufen.

Zu der Aussage „Mir hat die Pflegevisite geholfen, pflegerische Maßnahmen bewusster an die Bedürfnisse der Patienten anzupassen“ stand eine 6-stufige Likert-Skala (1 = stimme voll zu; 6 = stimme gar nicht zu) zur Auswahl (Tab. 2).

Abb. 1 Auswirkungen der Pflegevisite auf die Patientenzentrierung. T Teilnahme an einer Pflegevisite, NT keine Teilnahme an einer Pflegevisite

Tab. 2 Auswirkungen der Pflegevisite auf die Anpassung von pflegerischen Maßnahmen an die Bedürfnisse der Patienten

	„Mir hat die Pflegevisite geholfen, pflegerische Maßnahmen bewusster an die Bedürfnisse des Patienten anzupassen.“ Dieser Aussage stimme ich:						
	1	2	3	4	5	6	k/a
T (n = 30)	7	13	5	1	1	1	2
% T	23,3 %	43,3 %	16,7 %	3,3 %	3,3 %	3,3 %	6,7 %
NT (n = 14)	2	3	1	2	4	0	2
% NT	14,3 %	21,4 %	7,1 %	14,3 %	28,6 %	0,0 %	14,3 %
Gesamt (n = 44)	9	16	6	3	5	1	4
Gesamt %	20,5 %	36,4 %	13,6 %	6,8 %	11,4 %	2,3 %	9,1 %

1 = stimme voll zu, 6 = stimme überhaupt nicht zu

T Teilnahme an einer Pflegevisite, NT keine Teilnahme an einer Pflegevisite

Tab. 3 Auswirkungen der Pflegevisite auf die Pflegequalität

	„Die Pflegevisite bewirkt eine positive Veränderung der Pflegequalität [...]“. Dieser Aussage stimme ich:						
	1	2	3	4	5	6	k/a
T (n= 30)	9	7	7	3	1	1	2
% T	30,0 %	23,3 %	23,3 %	10,0 %	3,3 %	3,3 %	6,7 %
NT (n= 14)	2	3	3	2	3	0	1
% NT	14,3 %	21,4 %	21,4 %	14,3 %	21,4 %	0,0 %	7,1 %
Gesamt	11	10	10	5	4	1	3
Gesamt %	25,0 %	22,7 %	22,7 %	11,4 %	9,1 %	2,3 %	6,8 %

1 = stimme voll zu, 6 = stimme überhaupt nicht zu

T Teilnahme an einer Pflegevisite, NT keine Teilnahme an einer Pflegevisite

Tab. 4 Interpretation zum Begriff Pflegequalität

	Woran würdest du die verbesserte Pflegequalität festmachen? (Mehrfachnennung möglich)					
	Standards wurden eingehalten, z. B. bei Verbänden	Es wird patientenzentrierter gepflegt	Verbesserung der Dokumentation	Sicherer Umgang mit den Patienten	Sonstiges	k/a
T (n = 30)	8	23	11	7	5	3
% T	26,7 %	76,7 %	36,7 %	23,3 %	16,7 %	10,0 %
NT (n = 14)	5	7	6	4	1	2
% NT	35,7 %	50,0 %	42,9 %	28,6 %	7,1 %	14,3 %
Gesamt	13	30	17	11	6	5
Gesamt %	29,5 %	68,2 %	38,6 %	25,0 %	13,6 %	11,4 %

T Teilnahme an einer Pflegevisite, NT keine Teilnahme an einer Pflegevisite

Gruppe T (83,3 %, n = 25) und Gruppe NT (42,9 %, n = 6) stimmten hier mit den Stufen 1 bis 3 in unterschiedlichen Ausprägungen zu.

Die Pflegenden beider Gruppen stimmten der Aussage „Die Pflegevisite bewirkt eine positive Veränderung der Pflegequalität [...]“ auf einer 6-stufigen Likert-Skala (1 = stimme voll zu; 6 = stimme überhaupt nicht zu) unterschiedlich zu (Tab. 3).

Die verbesserte Pflegequalität wurde ebenfalls differenziert interpretiert (Tab. 4). Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Pflegenden beider Gruppen (T = 76,7 %, n = 23; NT = 50,0 %, n = 7) sahen die patientenzentrierte Pflege primär als verbesserte Pflegequalität an. Als sonstige Antwort-

ten in der Gruppe T wurden u. a. die Eigenreflexion, die Orientierung am Pflegeprozess und ein besserer Informationsfluss genannt. Eine Person der Gruppe NT gab hierzu an, dass es bisher keinen Unterschied gab.

Rahmenbedingungen zur Durchführung der Pflegevisite

Die Teilnehmenden gaben mehrheitlich (T: 76,7 %, n = 23; NT: 71,4 %, n = 10) an, dass sie die PV einmal in der Woche durchführen würden (Tab. 5). Es gab in beiden Gruppen jedoch auch Ansätze, dass die PV häufiger als einmal in der Woche erfolgen sollte.

Tab. 5 Durchführungshäufigkeit der Pflegevisite

	Wie häufig würdest du die Pflegevisite [...] durchführen?						k/a
	Einmal wöchent- lich	Täglich	Alle 2 Tage	Alle 2 bis 3 Tage	Alle 3 bis 4 Tage	Alle 8 bis 14 Ta- ge	
T (n = 30)	23	1	3	2	1	0	0
% T (n = 30)	76,7 %	3,3 %	10,0 %	6,7 %	3,3 %	0,0 %	0,0 %
NT (n = 14)	10	0	0	1	0	2	1
% NT (n = 14)	71,4 %	0,0 %	0,0 %	7,1 %	0,0 %	14,3 %	7,1 %
Gesamt	33	1	3	3	1	2	1
Gesamt %	75,0 %	2,3 %	6,8 %	6,8 %	2,3 %	4,5 %	2,3 %

T Teilnahme an einer Pflegevisite, NT keine Teilnahme an einer Pflegevisite

Die meisten Pflegenden (86,7 %, n = 26) der Gruppe T würden Patienten zur PV auswählen, die länger als 3 Tage auf der Intensivstation liegen (Mehrfachantworten waren möglich). Ein ähnliches Ergebnis (92,9 %, n = 13) generierte die Gruppe NT. In beiden Gruppen gab jeweils eine Person (T: 3,3 %; NT: 7,1 %) an, dass alle Patienten miteinander geschlossen werden sollten. 20,0 % (n = 6) der Pflegenden in Gruppe T hätten noch weitere Faktoren, wie z. B. einen bestehenden Pflegegrad, die palliative Versorgung oder eine deutlich längere Liegedauer von Patienten berücksichtigt.

Als Zeitrahmen für eine PV würde insgesamt rund die Hälfte aller Befragten (47,7 %, n = 21) mehrheitlich 30 min einplanen. Weitere Möglichkeiten waren heterogen verteilt (Abb. 2).

Pflegende der Gruppe T gaben zu 46,7 % (n = 14) im Vergleich zu der Gruppe NT (57,4 %, n = 8) an, dass sie 2 Personen zur PV einsetzen würden. Die weitere Einschätzung war heterogen verteilt (Tab. 6).

Für Pflegende der Gruppe NT endete an dieser Stelle die Befragung.

Beratung und Begleitung

Die Befragten antworteten auf die Frage, ob die visitierenden Personen ein spezifisches stationsinternes Schulungsangebot oder spezielle Hinweise zum innerbetrieblichen Fortbildungsprogramm nach der PV gegeben haben, zu 43,3 % (n = 21) mit ja und 46,7 % (n = 14) mit nein. 10 % (n = 3) gaben keine Antwort.

Die meisten Pflegenden (70,0 %, n = 21) gaben an, von ihrer vorgesetzten Person ein spezifisches Feedback nach der PV erhalten zu haben. 23,3 % (n = 7) verneinten dies, und 2 Personen (6,7 %) beantworteten diese Frage nicht. Diejenigen, die ein Feedback erhielten, wählten ebenso (100,0 %, n = 21) aus, dass ihnen dieses für ihr weiteres pflegerisches Handeln geholfen hat.

Abb. 2 Zeitrahmen für eine Pflegevisite. T Teilnahme an einer Pflegevisite, NT keine Teilnahme an einer Pflegevisite

Tab. 6 Anzahl der zusätzlich teilnehmenden Personen für eine Pflegevisite

	Wie viele Personen würdest du zusätzlich zur betreuenden Pflegekraft für die Pflegevisite einsetzen?					
	Eine Person	Eine bis 2 Personen	Zwei Personen	Mehr als 4 Personen	Sonstiges	k/a
T (<i>n</i> = 30)	7	5	14	1	0	3
% T	23,3 %	16,7 %	46,7 %	3,3 %	0,0 %	10,0 %
NT (<i>n</i> = 14)	3	0	8	1	1	1
% NT	21,4 %	0,0 %	57,1 %	7,1 %	7,1 %	7,1 %
Gesamt	10	5,00	22,00	2,00	1,00	4,00
Gesamt %	22,7 %	11,4 %	50,0 %	4,5 %	2,3 %	9,1 %

T Teilnahme an einer Pflegevisite, NT keine Teilnahme an einer Pflegevisite

Tab. 7 Bewertung der Pflegevisite

„Mit der Durchführung der Pflegevisite [...] bin ich insgesamt ...“ (n = 30; MW: 2,1; SD: 1,1)							
	1	2	3	4	5	6	k/a
n	8	11	7	1	1	0	2
%	26,7 %	36,7 %	23,3 %	3,3 %	3,3 %	0,0 %	6,7 %

1 = voll zufrieden, 6 = überhaupt nicht zufrieden

Über die Hälfte der Pflegenden (53,3 %, *n* = 16) erklärten, dass ihnen die Vorstellung der Patienten im Rahmen der PV geholfen hat, die eigenen Übergaben zu optimieren. 40,0 % (*n* = 12) verneinten dies und zwei Personen (6,7 %) gaben darauf keine Antwort.

Auf einer Likert-Skala von 1 (voll zufrieden) bis 6 (überhaupt nicht zufrieden) wurde zur Bewertung der PV als MW eine 2,1 (SD = 1,1; *n* = 28) angegeben (Tab. 7).

Weiterführende Freitextantworten verwiesen darauf, dass die Dokumentation der Ergebnisse nach Möglichkeit digitalisiert werden sollte und der Fokus der Visite nicht zu medizinisch sein darf.

Diskussion

Primäres Ziel dieser Evaluationsstudie war zu untersuchen, ob es durch kollegial-beratende PV auf einer Intensivstation aus Sicht der Pflegenden zu einer Förderung der Patientenzentrierung kommt, und ob es einen Unterschied zwischen Pflegenden gibt, die an mindestens einer Visite praktisch teilgenommen haben (Gruppe T), und solchen, die nicht teilgenommen haben (Gruppe NT). Der Rücklauf betrug 63,8 % (*n* = 44). Pflegende in der Gruppe T (86,7 %, *n* = 26) und NT (85,7 %, *n* = 12) bestätigten eine Förderung der Patientenzentrierung durch die PV. 83,3 % (*n* = 25) der Gruppe T sowie 42,9 % (*n* = 6) in NT gaben an, dass pflegerische Maßnahmen optimierter an die Bedürfnisse der Patienten angepasst werden konnten. Insgesamt wurde die PV positiv bewertet.

Während die PV in ambulanten Einrichtungen des SGB XI oft ohne Struktur eingeführt wurde (Habermann et al. 2007, S. 27), waren die meisten Pflegenden innerhalb die-

ser Studie über das Projekt PV informiert. Die Pflegenden haben davon mehrheitlich im Rahmen der „Kick-off“-Veranstaltung erfahren. Das bestärkt die Wichtigkeit dieser Maßnahme. Weniger als die Hälfte der Pflegenden erhielten über E-Mails Informationen zum Projekt. Diese sollten zukünftig zur Informationsweitergabe vermehrt eingesetzt werden. Das direkte Gespräch, auch in Form von Mitarbeitengesprächen, ist, losgelöst davon, gleichermaßen ein sehr wichtiger Weg der Interaktion und Informationsweitergabe an und unter Mitarbeitenden (Pinnow 2012, S. 264). Das zeigen auch die Ergebnisse dieser Studie. Rund ein Drittel der Befragten gab an, die Informationen zum Projekt durch Pflegende erhalten zu haben. Hier wurde jedoch nicht differenziert, ob es sich dabei auch um vorgesetzte Personen handelte.

Als ein wichtiges Ziel der PV wird vielseitig die Patientenzentrierung genannt (Görres et al. 2002; Reinhardt 2015, S. 572). Pflegende der Gruppe T bewerteten dies mehrheitlich ähnlich. Das kann als ein erster Hinweis interpretiert werden, dass die PV in der kollegial-beratenden Form die Patientenzentrierung fördert. Eine leichte Abweichung gab es in der Gruppe NT. Dies kann damit zusammenhängen, dass die Befragten lediglich die aus der PV resultierenden Ergebnisse in der Praxis umsetzten. Dazu standen dann die dokumentierten Inhalte der Pflegevisite in der Patientenakte zur Verfügung. Damit ist möglicherweise gleichermaßen die heterogene Ausprägung bei der Fragestellung, ob Pflegende durch die PV auch die Maßnahmen bewusster an die Bedürfnisse der Patienten anpassen, zu erklären. Pflegende der Gruppe T stimmten der zugrunde gelegte These mehrheitlich zu.

Die PV kann auch zur Überprüfung der pflegerischen Leistungen und somit der Pflegequalität eingesetzt wer-

den (Görres et al. 2002; Krüger und Rohden 2019; Notz et al. 2015). Rund die Hälfte aller Teilnehmenden Pflegenden dieser Evaluationsstudie stimmte zu, dass durch die PV eine Verbesserung der Pflegequalität erreicht wird. Die Interpretation zum Begriff Pflegequalität war in dieser Untersuchung unterschiedlich. Insgesamt wurde mehrheitlich die patientenzentrierte Pflege angegeben. Für Pflegendende der Gruppe NT war hier v. a. auch die Pflegedokumentation entscheidend. Die digitale Pflegedokumentation, welche seit 2005 im HDZ NRW eingesetzt wird, gibt oft jedoch nicht das wieder, was Pflegendende an den erkrankten Personen leisten (Lauterbach 2009). Während der PV wurde auch eine Dokumentationsanalyse durchgeführt, die möglicherweise ebenso eine Auswirkung auf das Ergebnis hatte.

Mehrheitlich wurde in beiden Gruppen angegeben, dass die PV wöchentlich durchgeführt werden sollte. Görres et al. (2002) stellten fest, dass die PV am zweithäufigsten einmal wöchentlich realisiert wird und bei rund 30 % täglich stattfindet. Panka (2013, S. 32) kam ebenso zu dem Ergebnis, dass die PV im Krankenhaus täglich bis einmal wöchentlich angewendet wird. Nur sehr wenige Pflegendende in dieser Studie würden die PV täglich durchführen. Möglicherweise ist dies auch auf den Schwerpunkt der kollegial-beratenden Form und die damit notwendigen zeitlichen Ressourcen zurückzuführen.

Beide Gruppen würden mehrheitlich, dieselbe Patientenauswahl zur PV treffen. Der gewünschte Einschluss von erkrankten Personen mit palliativen Therapieziel, welche im Rahmen dieser Studie ausgeschlossen wurden, zeigt deutlich die Wichtigkeit des beratenden Ansatzes in der PV. Dieser wird von Stolecki und Ullrich (2015, S. 83) bereits in der kollegialen Form der PV beschrieben und auch im Bereich der Hospizversorgung dargestellt (Rünker 2019).

Der gewählte Zeiträume für die PV ist praktikabel und mit den in der Literatur beschriebenen Zeiten von 30–60 min im Krankenhaus vergleichbar (Panka 2013, S. 118–121). Diese Zeiten spiegeln sich auch in internationalen Publikationen (Aitken et al. 2011; Jennings und Mitchell 2017).

Die Frage nach der Anzahl der Personen, die an einer PV teilnehmen sollten, ist bereits vielseitig betrachtet worden. Stolecki und Ullrich (2015, S. 82–83) beschreiben, dass bei der Durchführung einer kollegialen Visitenform primär zwei Personen anwesend sind, die sich z. B. aus einem leitenden und einem pädagogisch ausgebildeten Pflegenden zusammensetzen. In dieser Evaluationsstudie wurde die Empfehlung aus Sicht der teilnehmenden Pflegenden als sinnvoll angesehen. Es gibt aber auch einen Teil der Befragten, der sich eine PV mit weniger Personen vorstellen kann. Das ist ein wichtiges Ergebnis, um zukunftsorientiert auf mögliche Personalengpässe zu reagieren und die PV ggf. mit nur einer Person durchzuführen, aber nicht ausfallen zu lassen.

Die positiven Auswirkungen der PV auf die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitenden wurde vielfach beschrieben (Frieze 2013; Pfohl-Steilen 2008). Die Ergebnisse stellen sich hier als ausgewogen dar. Dies könnte möglicherweise auf das vorliegende Einarbeitungskonzept auf den Intensivstationen und die umfassenden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im HDZ NRW (Schmidt et al. 2017) zurückzuführen sein.

Im Rahmen der persönlichen Entwicklung möchten viele Pflegendende ein Feedback zu ihrer Arbeit erhalten (Pinnow 2012, S. 275–276), welches gleichermaßen positive Auswirkungen auf die Mitarbeitendenmotivation haben kann (Höbl et al. 2010, S. 56). Das ist v. a. die Aufgabe des Pflegemanagements und gehört mit zur Personalführung (Seemann und Fischer 2017). Dabei kann die PV unterstützen (Hellmann und Rößlein 2012, S. 16; Sträßner 2008). 70 % aller teilnehmenden Pflegenden bejahten, dass sie eine Rückmeldung von ihrer vorgesetzten Person zur PV erhalten haben und ihnen diese für ihr pflegerisches Handeln geholfen hat. Das bekräftigt noch einmal die Wichtigkeit des Feedbacks.

Stolecki und Ullrich (2015, S. 83) beschreiben, dass die PV eine positive Auswirkung auf die Präsentationsfähigkeiten von Pflegenden hat. Rund die Hälfte der Pflegenden bestätigte diese Annahme.

Görres et al. (2002) fanden heraus, dass die PV innerhalb der Berufsgruppe, aber auch bei den Patienten Zuspruch erhielt. Insgesamt kann festgehalten werden, dass die PV in dieser Evaluationsstudie durch die teilnehmenden Pflegenden positiv bewertet wurde. Zusätzlich gab es den Hinweis, dass das Pflegevisitenprotokoll digitalisiert werden soll. Dies böte auch den Vorteil einer einfacheren Auswertung der Ergebnisse (Kußmaul 2011, S. 36–37). Obwohl die Intensivpflege sehr eng mit medizinischen Belangen in Verbindung steht (Notz et al. 2015) kritisierten nur wenige Pflegendende in dieser Studie eine zu medizinische Ausrichtung der PV.

Limitation

Für den Rücklauf der Fragebögen wurden lediglich 14 Tage veranschlagt. Ein verlängerter Befragungszeitraum hätte hier die Chance auf einen besseren Rücklauf gegeben. Überdies wurde der erstellte Fragebogen nicht umfassend wissenschaftlich geprüft, und die teilnehmende Kohorte betraf die Mitarbeitenden von nur einer Station. Die Zahlen der Personen in den Gruppen T und NT waren außerdem unterschiedlich groß.

Stärken

In dieser Evaluationsstudie wurden im deutschsprachigen Raum die ersten Ergebnisse nach Einführung der PV in der

kollegial-beratenden Form auf der Intensivstation aus Sicht der Pflegenden generiert. Der Rücklauf ist mit über 60 % positiv zu bewerten (Perkhofer et al. 2016, S. 176).

Übertragbarkeit

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Studie auf andere Einrichtungen im Gesundheitswesen muss kritisch diskutiert werden, da die Untersuchung auf einer Intensivstation mit dem Schwerpunkt Thorax- und Kardiovaskularchirurgie stattfand.

Schlussfolgerung

Die Pflegevisite in der kollegial-beratenden Form wurde von den teilnehmenden Pflegenden in dieser Studie positiv bewertet. Überdies stellt die Pflegevisite ein hilfreiches und praxisnahes Instrument dar, um die Patientenzentrierung sowie die weitere Versorgung zu optimieren.

Zusatzmaterial online Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s16024-022-00367-1>) enthalten.

Danksagung Wir danken allen Pflegenden, die an dieser Studie teilgenommen haben. Besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Elke Hotze, Professorin für Pflegewissenschaft und Sozialwissenschaften, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Hochschule Osnabrück, für die wissenschaftliche Begleitung dieser Evaluationsstudie. Zusätzlich danken wir Frau Ines Flüge und Herrn André Ramos y Soto für die Unterstützung bei der Entwicklung und Durchführung von kollegial-beratenden Pflegevisiten.

Förderung Diese Evaluationsstudie wurde mit Eigenmitteln des HDZ NRW finanziert.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Interessenkonflikt L. Krüger und T. Mannebach geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Aitken LM, Burmeister E, Clayton S, Dalais C, Gardner G (2011) The impact of Nursing Rounds on the practice environment and nurse satisfaction in intensive care: pre-test post-test comparative study. *Int J Nurs Stud* 48(8):918–925
- Bergjan M, Tannen A, Mai T, Feuchtinger J, Luboeinski J, Bauer J, Fischer U, Kocks A (2021) Integrating academic nurses in German university hospitals: a follow-up survey. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 163:47–56
- Blumenberg P, Büscher A (2017) Dekubitusprophylaxe: Was hat sich geändert? *Schwest Pfleg* 56(9):36–39
- Daud-Gallotti RM, Costa SF, Guimaraes T, Padilha KG, Inoue EN, Vasconcelos TN, Rodrigues FdSC, Barbosa EV, Figueiredo WB, Levin AS (2012) Nursing workload as a risk factor for health-care associated infections in ICU: a prospective study. *Plos One* 7(12):e52342
- von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP (2008) Das Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement. *Notfall + Rettungsmedizin* 11(4):260–265. <https://doi.org/10.1007/s10049-008-1057-1>
- Flach J (2012) Die Pflegevisite als Kontrollinstrument. *Heilberufe* 64(2):14–15
- Friese B (2013) Pflegevisite auf ITS. *intensiv* 21(04):182–185
- Görres S, Hinz IM, Reif K, Apenberg U, Augustin B, Bruns D, Fischer H, Gärtner C, Geiß J, Hankeln C, Harms S, Intemann C, Klein S, Köhler C, Kressler S, Kricke B, Kutsch J, Müller A, Reichenbach A, Schade S, Schmid S, Schoska M, Spahl R, Schwiering A, Vorbrink D, Wiemann S (2002) Nursing care visit: possibilities and limits. An empirical study in Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Lower Saxony and Schleswig-Holstein. *Pflege* 15(1):25–32
- Habermann M, Peinemann S, Joskus H (2007) Die Pflegevisite. *Forum Sozialstation* 147:26–29
- Heering K (1994) Theorie und Praxis der Pflegevisite. 1. Folge: Pflegeverständnis. *Schwest Pfleg* 33(5):372–377
- Hellmann S, Rößlein R (2012) Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege Bd. 3. Schlütersche, Hannover
- Höbl I, Behr T, Christoph J (2010) Motivation im Alltag – Der Mitarbeiter im Spannungsfeld zwischen gelebter und nicht gelebter Kultur. In: Bechtel P, Friedrich D, Kerres A (Hrsg) *Mitarbeitermotivation ist lernbar: Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen motivieren, führen, coachen*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 49–67
- Jennings FL, Mitchell M (2017) Intensive care nurses' perceptions of Inter Specialty Trauma Nursing Rounds to improve trauma patient care—A quality improvement project. *Intensive Crit Care Nurs* 40:35–43
- Kaltwasser A, Hermes C, Dubb R, Stolecki D (2015) Intensivpflege. In: Marx G, Muhl E, Zacharowski K, Zeuzem S (Hrsg) *Die Intensivmedizin*, 12. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, S 39–45
- Krüger L, Rohden M-B (2019) Was wissen wir? *intensiv* 27(1):8–11
- Krüger L, Ramos y Soto A (2018) Pflegenden auf der Intensivstation begleiten. Die kollegial-beratende Pflegevisite. *Med Mause* 233(3):58–60
- Kußmaul J (2011) Die modulare Pflegevisite. Ein Instrument zur Qualitätssicherung von Pflege- und Betreuungsleistungen mit statistischer Auswertung für den Pflegeprozess. Kohlhammer, Stuttgart
- Lauterbach A (2009) „Das stimmt nicht, was da steht“ – Zur Qualität IT-basierter Pflegedokumentationen. *PfWiss* 11(2):95–104
- Mahanes D, Quatrara BD, Shaw KD (2013) APN-led nursing rounds: an emphasis on evidence-based nursing care. *Intensive Crit Care Nurs* 29(5):256–260
- Mayer H (2015) *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium*, 4. Aufl. facultas, Wien

- Notz K, Dubb R, Kaltwasser A, Hermes C, Pfeffer S (2015) Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Intensivpflege. *Med Klin Intensivmed Notfallmed* 110(8):584–588
- Panka C (2013) Die Pflegevisite als Steuerungsinstrument im Pflegeprozess. Hpsmedia, Hungen
- Panka C, Stenzel C, Bölicke C, Förster D, Kohlmeier H, Ritter S, Schlegel K, Schilde A, Schulz R, Wlosinski B (2010) Praxisheft. Leitfaden zur Pflegevisite. Eine Arbeitshilfe für die Praxis, 4. Aufl. DBfK, Potsdam
- Perkhofer S, Stamm T, Ritschl V, Hirmann E, Huber A, Unterhumer G, Oberhauser H, Weigl R, Jocham A, Moser D, Ameshofer L, Neururer S (2016) Quantitative Forschung. In: Ritschl V, Weigl R, Stamm T (Hrsg) Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg, S 137–206
- Pfohl-Steilen C (2008) Besuch als Überprüfung. *Altenpfl Extra Bild* 33(12):E10–E11
- Pinnow DF (2012) Mehr als nur reden Oder: Die Instrumente systemischer Führung. In: Führen: Worauf es wirklich ankommt. Springer, Wiesbaden, S 247–301
- Reinhardt M (2015) Pflegevisite. In: Haubrock M, Schär W (Hrsg) Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft, 5. Aufl. Huber, Bern
- Rünker E (2019) Pflegevisite im Hospiz – ein Instrument zur Kommunikation und Reflexion. *Palliativmedizin* 20(6):307–312
- Schmidt B, Krüger L, Mosel J (2017) Berufsanfänger eng begleiten. *Schwester Pflege* 56(9):36–39
- Seemann A-K, Fischer H (2017) Was macht Freude im Arbeitsalltag, und was belastet? *HBScience* 8(3):136–141
- Stolecki D, Ullrich L (2015) Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung. In: Ullrich L, Stolecki D (Hrsg) Intensivpflege und Anästhesie, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart, S 74–89
- Sträßner HR (2008) Pflegevisite und Mitarbeiterführung – Teil 1. *Pflege-Krankenhaus* 11(3):61–66
- Tobiano G, Murphy N, Grealish L, Hervey L, Aitken LM, Marshall AP (2019) Effectiveness of nursing rounds in the Intensive Care Unit on workplace learning. *Intensive Crit Care Nurs* 53:92–99
- Hinweis des Verlags** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.