



Foto: mauritius images

Thema **Intensivmedizin**

Versorgung der Bevölkerung in Gefahr

Schon heute sind in zahlreichen Krankenhäusern Intensivbetten gesperrt, weil es zu wenig Pflegekräfte gibt. Eine Umfrage unter Intensivpflegenden zeigt nun, dass sich die Situation in den nächsten Jahren weiter zuspitzen wird. Um den Status der intensivmedizinischen Versorgung zu halten, sind grundlegende Änderungen notwendig.

Christian Karagiannidis, Carsten Hermes, Michael Krakau, Karsten Löffert, Tobias Welte, Uwe Janssens

Lungenklinik Köln-Merheim, ARDS und ECMO Zentrum, Abteilung Pneumologie, Intensiv- und Beatmungsmedizin, Kliniken der Stadt Köln und Universität Witten/Herdecke: Prof. Dr. med. Karagiannidis, Löffert
Sektionssprecher der Sektion Pflege der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), Bonn: Hermes

Sektion Notfall- und Internistische Intensivmedizin, Medizinische Klinik Holweide, Kliniken der Stadt Köln gGmbH: Krakau

Klinik und Lehrstuhl für Pneumologie der Medizinischen Hochschule Hannover: Prof. Dr. med. Welte

St.-Antonius-Hospital Eschweiler, Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin: Prof. Dr. med. Janssens

Der Mangel an Pflegepersonal in der Intensivmedizin nimmt immer deutlichere Ausmaße an. Bereits jetzt kommt es in Spitzenzeiten wie der Grippewelle 2017/2018 zu Einschränkungen in der Notfallversorgung der Bevölkerung. Doch auch der Normalbetrieb ist in vielen Intensivstationen angesichts des Personalmangels häufig nicht mehr aufrechtzuerhalten, sodass vielfach Intensivbetten gesperrt werden müssen. Eine 2018 durchgeführte Erhebung hat gezeigt, dass in den teilnehmenden Krankenhäusern mindestens ein bis zwei Betten pro Intensivstation gesperrt sind (1, 2). Insgesamt 82 Prozent aller befragten Intensivmediziner gaben an, dass dadurch die Notfallversorgung beeinträchtigt sei.

In der Umfrage aus dem vergangenen Jahr ergab sich darüber hinaus, dass zwischen den Krankenhäusern teils große Unterschiede in der pflegerischen Besetzung bestanden. Während einige Intensiv-

stationen mit dem von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) geforderten Schlüssel von einer Pflegekraft für zwei Patienten gearbeitet haben (3), gab es andere, in denen insbesondere nachts ein Pflege-schlüssel von 1:4 Standard war.

Dabei bedeutet eine pflegerische Unterbesetzung auf den Intensivstationen eine sukzessive Überlastung der Pflegekräfte. Die Folgen sind eine zunehmende Unzufriedenheit mit ihrem Beruf sowie eine Erhöhung des Risikos, einen Burn-out zu erleiden oder den Beruf zu verlassen (4). Internationale Studien zeigen zudem, auch in adjustierten Modellen, eine signifikante Zunahme der Patientenmortalität bei schlechter pflegerischer Besetzung (5–9).

Sehr beunruhigend erscheinen in diesem Zusammenhang die kürzlich publizierten Zahlen der Pflegekammer Niedersachsen zur Altersstruktur der Pflegekräfte (10). Die demografische Entwicklung lässt

befürchten, dass mit dem sukzessiven Ausscheiden der Babyboomer-generation aus dem Berufsleben ein dramatischer Wandel in den deutschen Krankenhäusern eintreten wird. Beispielhaft zeigen die Daten der Pflegekammer Niedersachsen, dass heute nur 5,9 Prozent der Pflegenden zwischen 19 bis 25 Jahren alt sind sowie 8,4 Prozent zwischen 26 und 30 Jahren. Zugleich sind 16,9 Prozent zwischen 51 und 55 und 14,3 Prozent zwischen 56 und 60 Jahren alt.

Seit einiger Zeit versucht die Politik, Lösungen für das drängende Problem des Pflegepersonal-mangels zu finden. Um der Diskussion über Wege aus der Krise fundierte Daten zugrunde zu legen, hat die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) zusammen mit dem Marburger Bund eine Online-Umfrage unter Intensivpflegekräften initiiert. Ziel der Umfrage war es zu erfahren, wie viele Intensiv-

pflegekräfte planen, ihren Beruf zu verlassen, welches die Hauptgründe ihrer Unzufriedenheit mit ihrem Beruf sind und welche Wege aus Sicht der Befragten aus der Krise führen könnten. Insgesamt haben sich 2 498 Intensivpflegekräfte im Zeitraum vom 14. bis 21. Januar 2019 an der Umfrage beteiligt.

68 Prozent der teilnehmenden Intensivpflegekräfte waren Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 37 Jahren. Bei 53 Prozent der Teilnehmer bestand eine Berufserfahrung von mehr als zehn Jahren, 54 Prozent hatten eine Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivpflege absolviert. 26 Prozent der Teilnehmer übten eine Teilzeittätigkeit mit weniger als 80 Prozent aus, weitere 16 Prozent waren in einem Nebenjob auf 450-Euro-Basis beschäftigt. Unter allen Teilnehmern waren 27 Prozent an einer Universitätsklinik, 21 Prozent an einem kommunalen Krankenhaus, 24 Prozent bei einem kirchlichen und zwölf Prozent bei einem privaten Träger beschäftigt.

Auf die Frage nach einer generellen Unzufriedenheit im Beruf antworteten 68 Prozent mit einem „Ja“. Eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren empfanden 97 Prozent der Befragten. 94 Prozent gaben an, dass das ökonomische Interesse bei der Versorgung im Vordergrund stehe (siehe Grafik 1). Der Umfrage zufolge planen in den kommenden fünf Jahren 37 Prozent der befragten Intensivpflegenden, ihren Beruf zu verlassen. Zudem wollen 34 Prozent ihre Arbeitszeit in den nächsten zwei Jahren reduzieren (siehe Grafik 2).

Auf die Frage nach den Hauptgründen für die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen nannten die Teilnehmer als stärksten Faktor auf einer Skala von 1 bis 5 (wenig bedeutsam bis erhebliche Bedeutung) die enorme Arbeitsbelastung (4,4 Punkte im Mittel, siehe Grafik 3a und 3b). Die Intensivpflegenden haben eine klare Meinung, wie ihre Arbeitsbedingungen verbessert werden können. Im Durchschnitt gaben sie einer besseren Personalbesetzung unter Beachtung eines

festen Betreuungsschlüssel von einer Pflegekraft auf zwei Patienten 4,8 Punkte (siehe Grafik 4). Am wenigsten Bedeutung maßen sie der Akademisierung bei (2,6 Punkte).

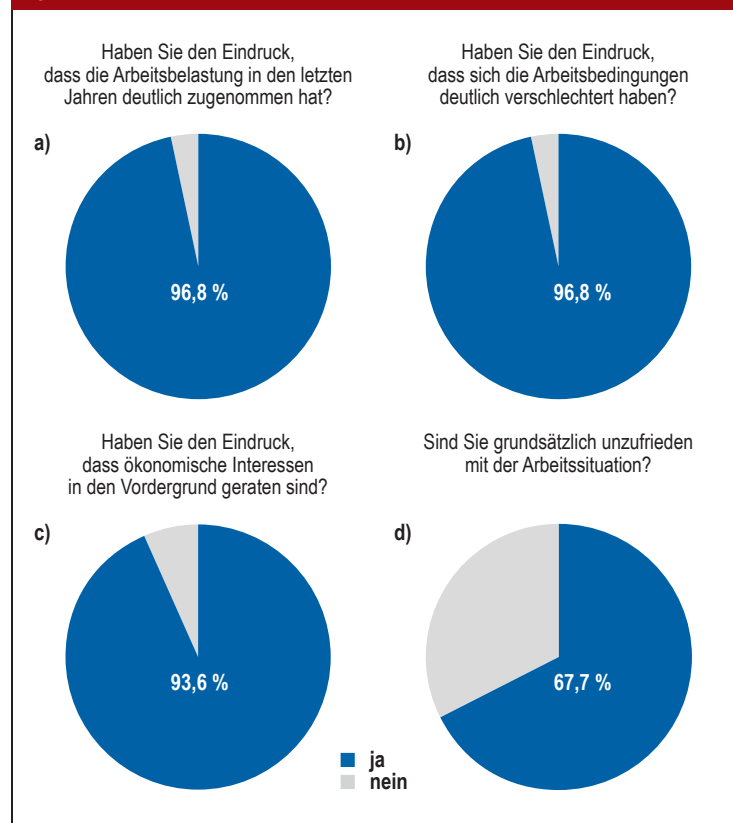
Die Ergebnisse der Umfrage zeigen eine dramatische Entwicklung in der Intensivpflege in Deutschland auf – eine Entwicklung, die die gesamte Krankenhausstruktur in Deutschland in den kommenden Jahren nachhaltig verändern wird. Denn neben der ärztlichen Versorgung ist die Intensivpflege für die in der Intensivmedizin erbrachte Qualität verantwortlich. Zur Intensivpflege gehören die Durchführung von komplexen Prozeduren, die vitale Stabilisierung von Organfunktionen sowie die Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen. In Zeiten einer älter werdenden Gesellschaft und immer komplexeren Krankheitsbildern kann ihre Bedeutung kaum überschätzt werden.

Durch den zunehmenden Personalmangel in der Intensivmedizin droht eine weitere Schließung von Intensivbetten, der nicht nur einen unstrukturierten Verlust von drin-

gend benötigter intensivmedizinischer Versorgung der Bevölkerung nach sich zieht, sondern der auch eine Gefahr für die Finanzierung der Krankenhäuser darstellt. Denn diese sind ganz wesentlich an die Einnahmen aus der Intensivmedizin gebunden. Das tatsächliche Ausmaß des Problems kann mit den hier vorliegenden Daten nur erahnt werden. Klar erscheint jedoch, dass ein „Weiter so“ bei einer absehbaren weiteren Fluktuation von Pflegekräften die Intensivmedizin in den kommenden Jahren gravierend einschränken wird.

Die Gründe für die von den Intensivpflegenden genannten schlechten Arbeitsbedingungen liegen klar auf der Hand. Zu ihnen zählen die hohe Arbeitsbelastung, geringe Wertschätzung insbesondere durch die Krankenhausträger, schlechte Betreuungs- und Personalschlüssel sowie die mäßige Bezahlung. Zu den zentralen Lösungsansätze zählen nach Ansicht der Teilnehmer eine bessere Bezahlung und die Verringerung der Arbeitsbelastung, genauer ein verlässlicher Betreuungs-

GRAFIK 1

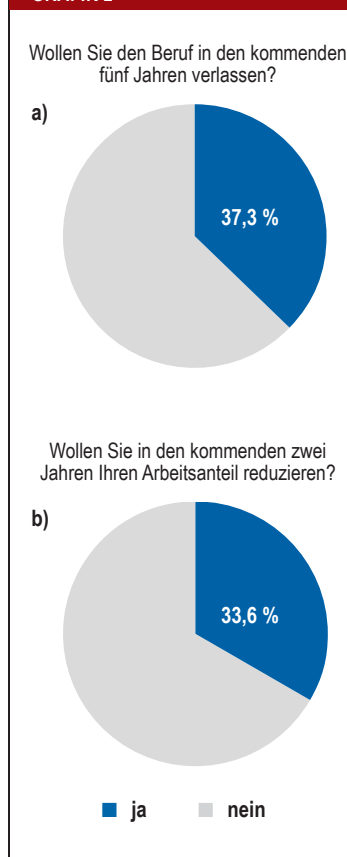


schlüssel von 1:2 an allen Wochentagen und in allen Schichten.

Ein Kernproblem ist sicherlich das nahezu ausschließlich erlösorientierte Abrechnungssystem in Deutschland. Das DRG-System hat dazu geführt, dass die Quantität die Qualität der Leistungen dominiert. In den vergangenen Jahren wurden die Intensivkapazitäten in der Folge immer weiter ausgebaut. Innerhalb Europas hat Deutschland mit Abstand die meisten Intensivbetten. Gründe dafür sind neue Therapieverfahren und ökonomische Interessen. Die ständige Verschärfung der Komplexpauschale für intensivmedizinische Leistungen hat zu einem Wetttrüsten geführt. Dabei wurden Kapazitäten dort aufgebaut, wo die Erlöse am höchsten erschienen. Vergessen wurde dabei jedoch in weiten Teilen, die Steigerung der Leistung auch auf ihre Qualität hin zu überprüfen. Vergessen wurde zudem, dass die Ausweitung der Kapazitäten mit einer enormen Zunahme der Arbeitsbelastung verbunden ist. Auf deutschen Intensivstationen ist es derzeit regelhaft so, dass eine Pflegekraft mehr als 2,5 bis 3 Patienten zu betreuen hat, was internationalen Qualitätsansprüchen nicht genügt (5–8). So bemängeln fast alle Intensivpflegenden, dass ihnen im Alltag die Zeit für originäre pflegerische Tätigkeiten fehlt.

Die Verankerung von Qualitätskriterien respektive -indikatoren wurde im DRG-System im Bereich der Intensivmedizin bislang vollkommen ausgeblendet, ebenso wie eine pflegerische Mindestversorgung. Die zusätzlich bestehende „Geiz ist geil“-Mentalität, die über viele Jahre hinweg insbesondere von privaten Krankenhausträgern gelebt wurde, führte dazu, dass viele Intensivpflegekräfte ihrem Beruf den Rücken gekehrt haben oder dies tun wollen. Sicherlich sind es aber nicht nur die ökonomischen Vorgaben, die bei 68 Prozent der Befragten zu Unzufriedenheit führten. Auch ausufernde, zum Teil sinnlose Therapiemaßnahmen bei Patienten mit a priori sehr schlechter Prognose tragen wesentlich zu einer Desillusionierung von hochmotivierten Fachpflegekräften bei.

GRAFIK 2



Gerade dieser Punkt sollte künftig Bestandteil einer kritischen Diskussion innerhalb der intensivmedizinischen Gesellschaften sein.

Teil des Problems der Intensivmedizin ist zudem die Teilzeitquote. Zwar sind nur 25,7 Prozent der Pflegenden in Teilzeit beschäftigt (< 80 Prozent einer Vollzeitstelle), wie die Erhebung gezeigt hat. Allerdings planen 33,6 Prozent, ihre Arbeitszeit in den kommenden 24 Monaten zu reduzieren. Das würde zu einer weiteren Verschlechterung der Situation führen, da in der Folge noch mehr Stellen unbesetzt bleiben und noch mehr Dienste wegfallen würden.

Die hohe Arbeitsbelastung und die unverhältnismäßig schlechte Vergütung müssen zwingenderweise zum Wunsch nach mehr Teilzeittätigkeit führen. Daraus ergibt sich ein klarer Auftrag an die Krankenhausträger, aber vor allem an das gesamte Gesundheitssystem, durch eine entsprechende personelle Aufstockung und feste Betreuungsschlüssel zu einer Entlastung der

Intensivpflegenden beizutragen – inklusive festen Pausenzeiten sowie ausreichend langen Pausen zwischen den Dienstblöcken. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf spielt sicherlich auch eine Rolle bei der Entscheidung zur Teilzeitschäftigung. Hier sind ebenfalls noch viele kreative Lösungsmöglichkeiten für die Krankenhausträger möglich.

Die Intensivpflegenden messen im Rahmen der Lösungsmöglichkeiten der Akademisierung der Pflege erstaunlicherweise keinen hohen Wert bei. Auch, wenn eine Akademisierung von Teilen der Pflege sinnvoll erscheint und zumindest einige Pflegekräfte länger im Beruf halten würde (11), besitzt sie für die meisten Pflegenden momentan augenscheinlich nicht die höchste Priorität. Ein Grund dafür könnte sein, dass mehr Verantwortung in der jetzigen Situation zu einer weiteren Zunahme der Belastung bei gleichbleibend schlechter Bezahlung führen würde.

Präventive und interventionelle Maßnahmen zur Förderung des Umgangs mit Stress und Resilienz waren nicht Teil der Umfrage. Dennoch wären sie extrem wünschenswert, wie kürzlich von einer französischen Arbeitsgruppe berichtet wurde (12).

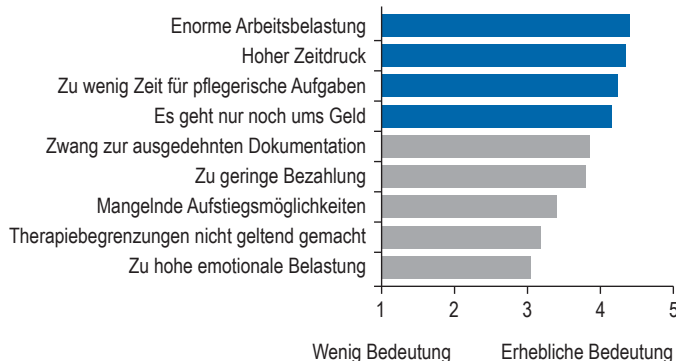
Eine eigentlich einfach umzusetzender Aspekt wäre, die Wertschätzung des Pflegeberufes durch die Krankenhausträger zu erhöhen. Dieser Kernpunkt der Arbeitswelt ist in den letzten Jahrzehnten im Krankenhauswesen erheblich vernachlässigt worden. Die Umfrage zeigt eindrucksvoll, wie wichtig diese Komponente ist. Daher sollten die Krankenhausträger – wie die gesamte Gesellschaft – ihr mehr Bedeutung beimessen. Denn in der Öffentlichkeit mangelt es extrem an einer positiven Darstellung der Leistungen der Pflegenden und Ärzte auf den Intensivstationen. Die 24-stündige Verfügbarkeit mit einer derart hohen Verantwortung für das Leben von Menschen wird nach Ansicht der Autoren in unserer Gesellschaft im Verhältnis zu anderen Tätigkeiten ausgesprochen wenig gewürdigt.

Mehr als ein Drittel der Intensivpflegenden spielt mit dem Gedanken, aus der Intensivmedizin in andere Bereiche abzuwandern. Diese Willensbekundung sollte im Hinblick auf die demografische Entwicklung extrem ernst genommen werden. Die Daten der Pflegekammer Niedersachsen zeigen, dass in den nächsten zehn Jahren für zwei ausscheidende Pflegekräfte nur eine Pflegekraft nachrücken wird. Dies wird unweigerlich zu einer dramatischen Unterversorgung führen, die die Notfallversorgung wie auch die wirtschaftliche Existenz der Krankenhäuser gefährden wird.

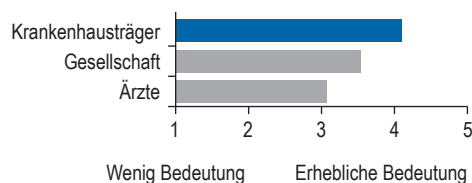
Derzeit geht die Politik erste Schritte in die richtige Richtung. Dazu zählen die Pflegepersonaluntergrenzen, die seit Beginn dieses Jahres unter anderem in der Intensivmedizin gelten. Dazu gehören auch die Bemühungen im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“, mehr junge Menschen für die Pflege zu gewinnen beziehungsweise Pflegekräfte, die aus ihrem Beruf ausgeschieden sind, zur Rückkehr zu bewegen. Alle Maßnahmen gehen in Anbetracht der Dramatik der Entwicklung jedoch nicht weit genug. Selbst ein vermehrtes Schließen von Krankenhäusern, wie es die Wirtschaftsweisen empfehlen (13), wird die absehbare Entwicklung nicht aufhalten können.

GRAFIK 3

a) Hauptgründe für die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen



b) Geringe Wertschätzung der Arbeit durch



Zu den Maßnahmen, die die Politik ergreifen muss, gehört eine Umgestaltung des DRG-Systems. Heute herrscht in den Krankenhäusern die Mentalität, die Therapie nach Quantität auszurichten, um dadurch eine höhere Vergütung zu erzielen. Ziel muss es sein, die Vergütung ebenfalls nach Qualitätsindikatoren auszurichten – auch,

wenn solche Indikatoren in der Intensivmedizin zunächst noch erarbeitet werden müssen.

Zudem muss unterbunden werden, dass Aktiengesellschaften aus dem solidarfinanzierten Gesundheitssystem heraus Gewinne generieren dürfen. Gewinnmaximierung darf in keinem Fall auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten im Gesundheitswesen ausgetragen werden. Und schließlich ist es Aufgabe der Politik, unter Mitwirkung der Fachgesellschaften, der Bevölkerung zu vermitteln, dass es angesichts der demografischen Entwicklung unmöglich ist, alle in der Vergangenheit etablierten Angebote im Gesundheitswesen auch in der Zukunft zu erhalten.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2019; 116 (10): A 462–6

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis
Lungenklinik Köln-Merheim, ARDS und ECMO
Zentrum, Abteilung Pneumologie,
Intensiv- und Beatmungsmedizin, Kliniken der
Stadt Köln und Universität Witten/Herdecke,
karagiannidisc@kliniken-koeln.de

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit1019
oder über QR-Code.



GRAFIK 4

Lösungsmöglichkeiten der aktuellen Krisensituation



Zusatzmaterial Heft 10/2019, zu

Intensivmedizin

Versorgung der Bevölkerung in Gefahr

Schon heute sind in zahlreichen Krankenhäusern Intensivbetten gesperrt, weil es zu wenig Pflegekräfte gibt. Eine Umfrage unter Intensivpflegenden zeigt nun, dass sich die Situation in den nächsten Jahren weiter zuspitzen wird. Um den Status der intensivmedizinischen Versorgung zu halten, sind grundlegende Änderungen notwendig.

Christian Karagiannidis, Carsten Hermes, Michael Krakau, Karsten Löffert, Tobias Welte, Uwe Janssens

Literatur

1. Karagiannidis C, Kluge S, Riessen R, Krakau M, Bein T, Janssens U: Intensivpflegemangel führt zu drohender Unterversorgung. Dtsch Arztebl Int 2018; 115: A 467–9.
2. Karagiannidis C, Kluge S, Riessen R, Krakau M, Bein T, Janssens U: [Impact of nursing staff shortage on intensive care medicine capacity in Germany]. Med Klin Intensivmed Notfmed 2018.
3. DIVI: Empfehlungen zur Struktur von Intensivstationen <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/intensivmedizin> (last accessed on 09 January 2018).
4. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA 2002; 288: 1987–93.
5. Neuraz A, Guerin C, Payet C, et al.: Patient Mortality Is Associated With Staff Resources and Workload in the ICU: A Multicenter Observational Study. Crit Care Med 2015; 43: 1587–94.
6. Aiken LH, Clarke SP, Silber JH, Sloane D: Hospital nurse staffing, education, and patient mortality. LDI Issue Brief 2003; 9: 1–4.
7. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, et al.: Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. BMJ Qual Saf 2017; 26: 559–68.
8. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al.: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet 2014; 383: 1824–30.
9. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W, Consortium RC: Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. Int J Nurs Stud 2013; 50: 143–53. Grundtext