

Pandemie trifft Pflegenotstand

Ismail Özlü

Seit Längerem ist auch politisch klar, dass in der Pflege Personalnotstand herrscht. CoViD-19 verschärft die Lage und öffnet damit quasi „die Büchse der Pandora“. Lesen Sie mehr darüber, welche Maßnahmen in Krisenzeiten helfen sollen und welche Rückschlüsse wir für die Zukunft der Profession ziehen müssen.

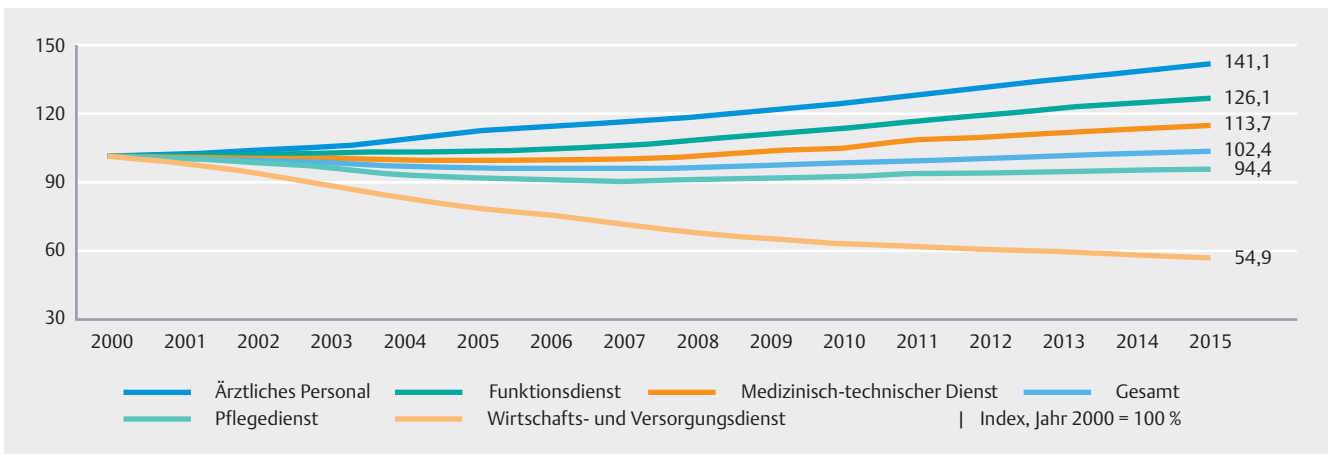


Krisenzeiten wie bei der CoViD-19-Pandemie verschärfen die Situation des Pflegenotstands zusätzlich. (Symbolbild/Quelle: Alexander Fischer/Thieme Gruppe)

Das Problembewusstsein hinsichtlich eines bestehenden Pflegenotstands in Deutschland hatte sich auf der politischen Ebene bereits vor der CoViD-19-Pandemie abgezeichnet. Euphemistisch ausgedrückt, könnte man „zum Glück“ sagen, aber faktisch lag das Kind zu dem Zeitpunkt schon im Brunnen, bedingt durch politische Versäumnisse in der Vergangenheit. Eines der Versäumnisse im Bereich der stationären Krankenbehandlung war zum Beispiel, dass die Pflegeleistungen größtenteils im DRG-Abrechnungssystem bis 2020 pekuniär nicht abgebildet wurden. Ab 2020 ändert sich hier das DRG-Abrechnungssystem mit der Einführung des Pflegeerlöskatalogs.

Schiefelage: mehr Arbeit, weniger Personal

Spätestens seit 2003 und mit Einführung der German Diagnosis Related Groups (G-DRG) als Abrechnungssystematik für die stationäre Krankenbehandlung entwickelte sich die Vollzeit-Äquivalenzzahl der beschäftigten Pflegefachpersonen in Krankenhäusern im Verhältnis zur Arbeitsverdichtung (durch Fallzahlsteigerung und Verweildauerverkürzungen) negativ. Die Ungleichverteilung des klinischen Personals (► **Abb. 1**) führte somit in der Praxis zur Schiefelage. Die Arbeitstaktung erhöhte sich somit immens für



► **Abb. 1** Entwicklung der Vollkräfte nach Dienstarten im Zeitverlauf zwischen 2000 und 2015 in Prozent. [1]

Pflegefachpersonen, zum Teil über die Belastungsgrenzen hinaus, worunter natürlich die pflegerische Versorgungsqualität am Patienten nachvollziehbar leidet.

Die Korrelation zwischen dem Pflegepersonaleinsatz in Krankenhäusern und patientenbezogenen Outcomes ist international, insbesondere in angelsächsischen Ländern, bereits bemerkenswert untersucht worden. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen bestätigen die Vorannahme, dass die Anzahl und der formelle Qualifikationsgrad des eingesetzten Pflegepersonals mit den Behandlungsergebnissen korrelieren [1][7]. Die Konsequenz daraus ist, dass eine personelle Unterausstattung mit Pflegefachpersonen zur Erhöhung der unerwünschten Ereignisse bei den zu versorgenden Patienten führt. „Dieser Zusammenhang konnte gezielt für eine Vielzahl pflegesensitiver Outcomes gezeigt werden (z. B. erworbene Wundinfektionen, Lungenentzündungen oder Sepsis, Medikationsfehler).“ [1]

Pandemiekrise verschärft die Situation „Pflegenotstand“

Das Coronavirus (SARS-CoV-2) öffnet quasi die Büchse der Pandora im Hinblick auf einen generellen Notstand zu Krisenzeiten im Gesundheitssystem, aber im Speziellen legt die Pandemie nun den Finger in die seit längerem bestehende Wunde „Pflegenotstand“. Es wird aktuell diskutiert, ob man die bestehenden rund 28.000 Intensivbetten in Deutschland in Anbetracht der bevorstehenden Krise aufstocken müsste bzw. könnte. Die wesentliche Frage ist nur, woher soll kurzfristig das dafür notwendige Intensivpflegefachpersonal kommen, das die Intensivpflegebedürftigen dann auch adäquat betreuen könnte? Isfort hatte bereits 2012 darauf hingewiesen, dass der Patientenschutz Priorität haben muss und dass eine Personalfachquote auf Intensivstationen notwendig ist, insbesondere wenn Intensivpflegefachpersonen beatmungspflichtige Patienten versorgen müssen. Isfort stellte damals schon fest: „Empfehlungen von Experten werden nicht ernst genommen, weil bei einer Nichteinhaltung bislang den Verantwortlichen keine

Konsequenzen drohen. Es gibt schlichtweg keine Kontrollinstanz oder aber eine verbindliche Grundlage einer Mindestausstattung. Es reicht offensichtlich nicht, an den ‚Markt‘ zu appellieren und auf ‚Selbsteilung‘ zu hoffen.“ [4] Diese jüngst eingeführte Kontrollinstanz in Form der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung – PpUGV – wurde in dieser Krisenzeit jedoch vom Gesundheitsminister ausgesetzt.

Ähnliche Probleme beschäftigten auch den ambulanten und stationären Langzeitpflegesektor schon weit vor der Pandemie-Krise. Fachkräftemangel und finanziell betrachtet „unattraktive Beschäftigungsanreize“ müssen lange vor der Krise gelöst und Arbeitsbedingungen wieder hin zu einem vertretbaren Maße verbessert werden, um dem frühen Ausstieg aus dem Pflegeberuf entgegenzuwirken [6]. Diese Verpflichtung ist nicht nur aus pflegeprofessioneller Sicht geboten, sondern auch aus moralischer Pflicht gegenüber jedem Einzelnen in der Gesellschaft, wenn klar ist, dass Pflegenotstand gleich auch schlechte pflegerische Versorgung eines hilfebedürftigen Menschen bedeutet. Spätestens zu Krisenzeiten wird auch dem Letzten klar, Pflege ist innerhalb einer modernen Gesellschaft systemrelevant.

Maßnahmen zur Entlastung des Pflege- und Versorgungssystems

Erste Maßnahmen wurden bereits vor der Pandemie ergriffen in Form von Gesetzesreformen wie etwa dem Pflegeberufegesetz oder der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung sowie auch in Form der sogenannten „Konzertierten Aktionen in der Pflege“ zur Verbesserung der Bedingungen im Pflegesektor. Das ist ein Maßnahmenkatalog, der insbesondere den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von professionell Pflegenden optimieren, die Ausbildung der Pflegefachpersonen stärken sowie die Wertschätzung und Bezahlung verbessern soll [2]. Welche Erfolge diese Maßnahmen im Einzelnen zur Verbesserung eines Pflegenotstands bringen werden, muss sich in Zukunft noch zeigen. Angesichts der aktuellen Krisensituation im deut-

schen Gesundheitssystem sind aktuell systemische Bestrebungen seitens der Politik zu Entlastung des Gesundheitssystems zu verzeichnen, wie beispielsweise der Erlass eines Gesetzes zum „Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen“. An dieser Stelle ein kurzer Hinweis: Die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung für die pflegesensitiven Versorgungsbereiche, in denen besonders vulnerable Patientengruppen versorgt werden, sind aufgrund der Krisensituation derzeit ausgesetzt. Es ist sehr zu empfehlen, die PpUGV nach der Krise wieder zu reaktivieren.

Weitere Anstrengungen bedarf es aber auch auf anderen Ebenen: beispielsweise bei der ausreichenden Versorgung mit notwendiger und geeigneter persönlicher Schutzausrüstung des pflegerischen und medizinischen Personals sowie mit Desinfektionsmitteln, bei Trainingsmaßnahmen für den Umgang mit Corona-Infizierten etc. Keine Frage, zu Krisenzeiten zählen andere Gesetzmäßigkeiten, wenn es darum geht, die pflegerische und medizinische Grundversorgung zu gewährleisten und somit auch das Wohl der Gesellschaft sicherzustellen. Dennoch ist es auch zielführend, wenn man die Ablösung, Pausen- und Ruhezeiten sowie genügend Erholungszeit zwischen den Schichten sicherstellen könnte, um die Arbeitsbelastung der Pflegefachpersonen auch in Krisenzeiten so gut es geht niedrig zu halten, damit das Versorgungssystem lange genug leistungsfähig bleibt. Hierzu wird sowohl von zentraler, aber auch dezentraler Stelle versucht, die Reserve der Pflegefachpersonen zu aktivieren, die die formale Qualifikation vorweisen, aber aus dem aktiven Dienst (aus unterschiedlichsten Gründen) im Pflegesystem ausgeschieden sind. In Vorbereitung auf die womöglich bevorstehende Krisensituation können sich bereits aus dem Pflegesystem Ausgestiegene mit einem entsprechenden Hintergrund einer formellen Pflegequalifikation freiwillig auf www.pflegereserve.de/#/login registrieren lassen. Analoge Aktivitäten gibt es für Mediziner und Medizinstudenten, entweder dezentral auf regionaler Ebene in den einzelnen Einrichtungen oder zentral gesteuert über beispielsweise Matching-Plattformen wie www.match4healthcare.de, die freiwillige Helfer und hilfesuchende Einrichtungen im Gesundheitswesen vernetzen.

Soziales Engagement im ambulanten Sektor

Die größten Pflegedienste der Nation sind immer noch im ambulanten Sektor die Familiensysteme, und komplementär zu diesem Bereich hat sich in den letzten Jahren eine weitere Versorgungsalternative entwickelt. Und zwar wird die Laienpflege durch Familiensysteme komplementär unterstützt oder teilweise kompensiert durch Laienpflege in Form von osteuropäischer Haushaltshilfen, die Pflegebedürftige in ihrem Alltag unterstützen. Aktuell stellt sich in diesem Bereich ein pandemiebedingtes Problem dar, da die Gefahr besteht, dass die osteuropäischen Pflegehelfer

zu Krisenzeiten hierzulande fehlen werden und dadurch das Versorgungssystem der Pflegebedürftigen im ambulanten Sektor destabilisiert wird. Dieser Problematik muss kurzfristig entgegengewirkt werden. Regional sind Maßnahmen zu verzeichnen, wie sie die Stadt Bochum in Kooperation mit der hsg Bochum (Hochschule für Gesundheit) derzeit plant und durchführt, um den Pflegebedürftigen insbesondere im ambulanten und häuslichen Sektor zu helfen. Es werden strukturierte Fortbildungsangebote vorbereitet, in denen Freiwillige durch wissenschaftliche Mitarbeiter des Departments für Pflegewissenschaft Bochum niedrigschwellig geschult werden sollen, um ein Mindestmaß an Fremdpflegekompetenz zu erlangen, um im Worst-Case-Szenario Pflegebedürftigen helfen zu können. Man kann das geplante Schulungsformat ein Stück weit mit den Pflegekursen nach § 45 SGB XI vergleichen, die in normalen Zeiten eine Leistung der Pflegeversicherungen darstellen. In diesen Pflegekursen sollen auch Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen vergleichsweise geschult werden, „um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern“. Ziel dieser Kurse als auch des Fortbildungsangebots der hsg für Laienpflegende ist es, Fertigkeiten zur Unterstützung von Pflegebedürftigen zu vermitteln.

Konsequenzen aus der Krise ziehen: das Pflegesystem verbessern!

Bereits vor der Pandemie-Krise mussten in der stationären Krankenbehandlung Intensivbetten stillgelegt und geplante Operationen verschoben werden, weil selbst im gewohnten Klinikbetrieb die professionell Pflegenden fehlten. Die Ergebnisse der Hans-Böckler-Stiftungsstudie aus dem Jahr 2019 besagen, dass in Deutschland eine Pflegefachperson durchschnittlich 13 Patienten pro Schicht versorgt. In der benachbarten Schweiz liegt die Betreuungsrelationszahl Pflegefachperson zu Patient bei acht, in den Niederlanden liegt sie bei rund sieben. Fakt ist auch, dass das Personal nicht nur überlastet ist aufgrund der hohen Arbeitsdichte, sondern auch schlecht bezahlt wird (insbesondere im Langzeitpflegesektor). Laut Zahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) liegt die Zahl der unbesetzten Pflegestellen bei rund 17.000. Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte sei leer gefegt, heißt es [3].

„Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) empfiehlt für die Intensivstationen für zwei Behandlungsplätze pro Schicht eine Pflegekraft (DIVI 2010). Die DGF hat in ihrer Berliner Erklärung aus dem Jahr 2007 eine Fachkraftquote (Zusatzqualifikation in der Anästhesie- und Intensivpflege) von 70 Prozent gefordert. Darüber hinaus werden Begrenzungen der Behandlungsquoten von zwei Patienten pro Pflegekraft für nicht beatmete und eine Eins-zu-eins-Betreuung für beatmete Patienten gefordert (Notz 2007).“ [5]

Es war schon vor der Pandemie-Krise allerhöchste Eisenbahn, spätestens nach der Pandemie-Krise muss gesundheitspolitisch die Chance stoisch, aber auch elementar für eine Verbesserung des Pflegesystems genutzt werden. Im ambulanten und stationären Langzeitpflegesektor gibt es vergleichbare Probleme, die es zu lösen gilt, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern.

Es ist zu empfehlen, dass die Pflegepersonaluntergrenzen nicht nur wiedereingeführt werden, um eine Pflegepersonalquote über die festgelegten Betreuungsrelationen und somit Versorgungsqualität sicherzustellen, sondern sie müssen auch für die Fachbereiche ausgeweitet werden, für die die Pflegepersonaluntergrenzen derzeit nicht gelten, da es sonst nur zu einem Verschiebeparkplatz des Personals innerhalb der Einrichtungen führt. Mit der PpUGV setzt man Erwartungsstrukturen innerhalb der Einrichtungen, aber löst nicht das Problem des Fachkräftemangels auf dem Pflegemarkt. Um quantitativ die Zahl der verfügbaren Pflegefachpersonen im deutschen Pflegesystem zu erhöhen, gilt es, die Pflegeberufe attraktiver zu gestalten durch

- a. bessere Entlohnung,
- b. bessere Arbeitsbedingungen und
- c. stärkere akademische Durchdringung des Pflegesystems.

Neben dem quantitativen Aspekt gilt es auch, die Qualität im Pflegesystem innerhalb der Gesellschaft weiterzuentwickeln. Es ist empfehlenswert, die Akademisierung innerhalb des Pflegesystems seitens der Politik weiter zu forcieren, um die qualitative Ausdifferenzierung der pflegefachlichen Versorgung über einen entsprechenden Skill- und Grademix im Pflegesystem bedarfsorientiert an der heutigen und auch künftigen demografischen Herausforderung auszurichten. Diese Empfehlungen haben nicht nur Gültigkeit für die stationäre Akutpflege, sondern selbstredend auch für die ambulante und stationäre Langzeitpflege.

Spätestens zu Krisenzeiten wird auch dem Letzten klar: Pflege ist innerhalb einer modernen Gesellschaft systemrelevant. Das Gesellschaftssystem generiert dieses Faktum in Zeiten von Unsicherheiten und im Rahmen seiner Informationsverarbeitungsprozesse als relevante Information im System. Zielführend im Sinne der Anschlussfähigkeit an diese im System erkannte Information ist es, wenn die entsprechenden Funktionssysteme wie Politik und Gesundheitssystem Entscheidungsprogramme etablieren, die die Systemstrukturen entsprechend auf Verbesserung der pflegerischen Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen ausrichten.

Autorinnen/Autoren



Dr. Ismail Özlü

Weitergebildeter Fachkrankenschwester für Anästhesie- und Intensivpflege. Studium Pflegewissenschaften und Pflegemanagement an der Katholischen Hochschule in Köln. Promotion im Bereich der Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar. Zehnjährige Tätigkeit als Referent für die gesetzliche Pflegekasse bei der AOK NW, aktuell Vertretungsprofessor für Akutpflege und Critical Care im Department für Pflegewissenschaft an der Hochschule für Gesundheit in Bochum.
E-Mail: Ismail.Oezlue@hs-gesundheit.de

Literatur

- [1] Böcken J, Kostera T, Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland. 2017. Online unter bit.ly/3aEYlr9, letzter Zugriff 27.04.2020
- [2] Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Vereinbarungstexte der Konzentrierten Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1–5. Berlin, 2019. Online unter bit.ly/2KCzjiz, letzter Zugriff 27.04.2020
- [3] Deutsches Krankenhaus Institut: Krankenhaus Barometer 2019. Online unter bit.ly/2zzKRkw, letzter Zugriff 27.04.2020
- [4] Isfort M. Brauchen wir eine Personalquote auf Intensivstationen? Die Schwester Der Pfleger 2012, 51(08): 748
- [5] Isfort M, Weidner F, Gehlen D. Arbeitsverdichtung zeigt gefährliche Folgen. PflegenIntensiv 2012, 9(3): 6–13
- [6] Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S et al. (Hrsg.). Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer; 2019
- [7] Schreyögg J, Milstein R. Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Hamburg, 2016. Online unter bit.ly/2KEGgQk, letzter Zugriff 27.04.2020
- [8] Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 37, ausgegeben zu Bonn am 31. Oktober 2019. Online unter bit.ly/2KPJS29, letzter Zugriff 27.04.2020

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1151-1089>
intensiv 2020; 28: 122–125
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0942-6035