

## **Zu den Richtzahlen für den Bettenbedarf und die Personalbesetzung von Intensivseinheiten in Akut-Krankenhäusern (20.11.1984; eine Aktualisierung ist in Vorbereitung)**

### **A. Einleitung**

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) sieht mit Sorge eine Entwicklung, die eine fachgerechte Patientenversorgung auf Intensivseinheiten erheblich beeinträchtigt. Unter dem Zwang, die Kosten für das Gesundheitswesen zu limitieren, werden auch für die Intensivmedizin Einsparungen vorgenommen, deren Auswirkungen ärztlicherseits vielfach nicht mehr verantwortet werden können. Gleichzeitig werden die regionalen Rettungsketten ausgebaut und perfektioniert. So steht einer Ausweitung der präklinischen Rettungsdienste, welche mit Hubschraubern, Notarztwagen etc. Patienten einliefern, eine Schwächung der klinischen Auffangstationen gegenüber. Darüber hinaus ergeben sich aus den Fortschritten der Medizin erhöhte Anforderungen an die intensivmedizinische Versorgung.

Viele Akut-Krankenhäuser sind verpflichtet, die Einrichtungen und das Personal für eine intensivmedizinische Versorgung ihrer Patienten ständig vorzuhalten. Diese Versorgung hat Mindestvoraussetzungen, die nicht unterschritten werden dürfen. Sie werden in dieser Stellungnahme durch Richtzahlen definiert, die die geltenden Anhaltszahlen berücksichtigen und sich aus den umfassenden interdisziplinär Erfahrungen der in der DIVI zusammengeschlossenen, für die Intensivmedizin kompetenten wissenschaftliche Gesellschaften und Berufsverbände ergeben.

### **B. Richtzahlen**

#### **I. Bettenbedarf**

Der Anteil der Intensivbetten muss den besonderen fachspezifischen Aufgaben des jeweiligen Krankenhauses unter Berücksichtigung seines regionalen Versorgungsauftrages angepasst sein. In der Regel ist der Bedarf mit 5 % der Gesamt-Bettenszahl des Krankenhauses anzusetzen. Durch die Größe des Einzugsbereiches und/oder durch Fachabteilungen mit einer besonders hohen Frequenz intensivmedizinischer Behandlungsfälle kann sich ein darüber hinausgehender Bedarf an Intensivbetten ergeben.

#### **II. Personalbedarf**

Die nachstehend aufgeführten Richtzahlen sind auf die Anzahl der vorgehaltenen Intensivbetten zu beziehen. Die auf das Jahr bezogene durchschnittliche Belegungsquote – insbesondere wenn sie anhand der Mitternachtsstatistik errechnet wird – stellt keine geeignete Berechnungsgrundlage dar, da in der Intensivmedizin stets nicht nur verfügbare Betten, sondern auch das hierfür erforderliche Personal vorgehalten werden müssen.

##### **1. Richtzahlen für Ärzte**

Der Bedarf an Ärzten errechnet sich nach der folgenden Arzt/Betten-Relation:

- bei überwiegender Intensivüberwachung 1 : 3
- bei überwiegender Intensivbehandlung 1 : 2

Für die ärztliche Besetzung kleinerer Intensivseinheiten sind diese Richtzahlen nicht ausreichend; Intensivbehandlung erfordert ärztliche Präsenz.

##### **2. Richtzahlen für Krankenpflegekräfte**

Der Bedarf an Krankenpflegekräften errechnet sich nach folgender Pflegekraft/Betten- Relation:

- Intensivüberwachung 1 : 0,88
- Intensivbehandlung 1 : 0,44.

Die Entwicklung der Intensivmedizin hat seit 1969 zu einer erheblichen Steigerung des Bedarfs gerade an qualifizierten Pflegekräften geführt. Gleichwohl können die Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) von 1969 auch heute noch als tragbare Orientierungsgröße für die Personalbedarfsermittlung in der Intensivmedizin dienen. Diese auf die 40-Stunden-Woche fortgeschriebenen Anhaltszahlen sehen eine Relation vor, die für die Intensivüberwachung 1 Pflegeperson: 1,68-0,88 Betten und für die Intensivbehandlung 1 Pflegeperson: 0,62-0,44 Betten beträgt.

Die Anwendbarkeit der Anhaltszahlen der DKG von 1969 ist allerdings an die folgenden Voraussetzungen geknüpft:

- a) Als Richtzahlen sind die oberen Ansätze anzuwenden.
- b) Die Richtzahlen sich auf die Anzahl der vorgehaltenen Intensivbetten zu beziehen.

c) Ein überdurchschnittlicher Anteil von Dauerbeatmungsfällen bedarf einer zusätzlichen Berücksichtigung. Die dann erforderlichen Pflegepersonen sind aus dem Anteil der Beatmungstage an den Pflgetagen im Jahresdurchschnitt zu berechnen. Übersteigt der Anteil der Beatmungstage im Jahresdurchschnitt 20 %, so ist eine Relation von 3 Pflegekräften pro Bett, übersteigt der Anteil 50 % eine Relation von 4 Pflegekräften pro Bett erforderlich.

d) Liegt die effektive Arbeitsausfallquote über 15 %, so ist dies zu berücksichtigen.

e) Unabhängig von der Größe der Intensivstation sind mindestens 2 qualifizierte Krankenpflegekräfte pro Schicht erforderlich.

### 3. Richtzahlen für Hilfskräfte

Die Personal/Betten-Relation nach den Anhaltszahlen der DKG von 1969 kann ferner nur dann als ausreichend angesehen werden, wenn das qualifizierte Intensivpflegepersonal von allen nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienenden Arbeiten (Schreibarbeiten, Botengänge, Verlegungen, Desinfektionsmaßnahmen u.a.) entlastet wird. Hierzu sind Hilfskräfte erforderlich, für deren Anzahl unter Berücksichtigung des Schichtdienstes der Intensiveinheit und in Abhängigkeit von zentralen Versorgungsdiensten die folgende Relation dienen kann:

1 Hilfskraft: 4 Betten.

### 4. Wirtschafts- und Reinigungspersonal

Die nicht-medizinische Patientenversorgung (Betten, Wäsche, Essen u.a.) sowie die Belange der Krankenhaushygiene erfordern einen ständig verfügbaren Wirtschafts- und Reinigungsdienst, um auch in diesen Bereichen das qualifizierte Intensivpflegepersonal von pflegfremden Tätigkeiten zu entlasten. Die genannten Richtzahlen stellen die unabdingbaren Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße intensivmedizinische Versorgung vital gefährdeter Patienten im durchgehenden 24-stündigen Dienst an sieben Wochentagen dar.

## C. Erläuterungen und Begründungen

### A (zur Einleitung)

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) ist ein kooperativer Dachverband von wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbänden derjenigen medizinischen Fachgebiete, die besonders mit der Intensivmedizin befasst sind. Sie nimmt sich wissenschaftlicher und organisatorischer Probleme der Intensivmedizin an, soweit sie fachübergreifende Bedeutung haben.

In den Intensiveinheiten befinden sich außergewöhnlich schwer erkrankte oder verletzte Menschen, deren Vitalfunktionen kritisch beeinträchtigt sind und die vorübergehend einen stark erhöhten medizinischen und pflegerischen Aufwand zum Überleben benötigen. Dieser Aufwand besteht im Einsatz besonders qualifizierten Personals, aufwendigen technischen Apparaturen und Therapieformen. Wie schon die DKG in ihrer Empfehlung vom 9.9.1974 feststellte, „ist der Arbeitsanfall für Ärzte und Pflegepersonen in Intensiveinheiten mit dem sonst üblichen Tages- und Nachtrhythmus nicht vergleichbar“, und ist „bei der Ermittlung des Personalbedarfs für Intensiveinheiten davon auszugehen, dass eine ausreichende ärztliche und pflegerische Versorgung der Patienten über 24 Stunden pro Tag sichergestellt werden muss“. – Lücken in der Versorgung bedeuten für Patienten mit eingeschränkten Vitalfunktionen erhöhte Komplikationsgefährdung und unmittelbare Lebensgefahr. Darüber hinaus machen sie eine an humanitären Maßstäben orientierte Krankenpflege in diesen Einheiten unmöglich.

Die Aufgaben der Intensiveinheiten sind im Laufe der Zeit vielfältiger und schwerer geworden. Diese Einheiten sind die Auffangstationen für die Rettungsketten. Man wird es nicht als sinnvoll bezeichnen können, wenn die Zulieferungsketten ausgebaut, gleichzeitig aber die Auffangstationen geschwächt werden.

### B (zu den Richtzahlen)

#### B I

Die mit der Akut-Versorgung befassten Krankenhäuser benötigen in der Regel 5 % der vorhandenen Planbetten als Intensivbetten. Dies ergibt sich aus den Richtlinien der DKG vom 9.9.1974. Die Richtzahl von 5 % ist zu gering bemessen, wenn in einem Krankenhaus überwiegend Disziplinen mit einem hohen Bedarf an intensivmedizinischer Versorgung vorhanden sind. Ferner kann sich aus der Größe des Einzugsbereiches ein höherer Bedarf ergeben. Eine im Vergleich zum Bedarf zu geringe Bettenzahl führt dazu, dass oft nur Raum für die aller schwersten Behandlungsfälle zur Verfügung steht, das heißt für Patienten, die trotz großen medizinischen Aufwandes und starker Arbeitsbelastung des Personals eine hohe Sterberate behalten. Die Patienten, die eine wesentlich bessere Prognose haben, für die jedoch bei fehlender Intensivüberwachung und Behandlung ein deutlich höheres Risiko besteht, finden in zu kleinen Intensiveinheiten oft keinen Platz.

Mit allem Nachdruck muss davor gewarnt werden, die Zahl der Intensivbetten aus wirtschaftlichen Überlegungen soweit zu mindern, dass Patienten mit einer Gefährdung der Vitalfunktionen von der intensivmedizinischen Versorgung ausgeschlossen bleiben oder aber zu früh, das heißt vor Erreichen eines stabilen Zustandes, aus der Intensivstation auf Normalstationen verlegt werden müssen.

#### B II 1

Die oben vorgelegten Richtzahlen für die Besetzung mit Ärzten entsprechen der Empfehlung der DKG zur Organisation der Intensivmedizin vom 9.9.1974. Es ist davon auszugehen, dass bei einer Intensivbettenzahl von etwa 6 % der Gesamtbetten in interdisziplinären operativen Intensivseinheiten, interdisziplinären konservativen Intensivseinheiten und interdisziplinären gemischten Einheiten überwiegend Intensivbehandlung betrieben wird. Bei weiterer Aufteilung und Spezialisierung der Intensivmedizin in Groß-Kliniken können sich einerseits reine Intensivüberwachungseinheiten, andererseits Einheiten mit überwiegend Intensivbehandlung ergeben.

Die genannten Richtzahlen für die Ärzte/Betten-Relation führen bei ihrer Anwendung auf kleinen und mittleren Intensivseinheiten – bei notwendiger Einhaltung der tarifrechtlichen Bestimmungen – zu einer ungenügenden ärztlichen Besetzung. Sie bedürfen daher für diese Stationsgrößen eines Zuschlags. Erst ab 12 Betten verfügt eine Station nach den Richtzahlen ungefähr über eine Anzahl von Stellen, die für einen Arztdienst rund um die Uhr notwendig ist (Stationen von 12 und mehr Betten erfordern jedoch über viele Stunden mehr als eine einfache Arztbesetzung). In vielen kleineren Intensivseinheiten werden die Richtzahlen dagegen nur 2 oder 3 Stellen ergeben, die für das fachgerechte Betreiben der Intensivmedizin nicht ausreichen. Intensivbehandlung erfordert ärztliche Präsenz; ärztliche Unterbesetzung gefährdet Patienten mit Störungen von Vitalfunktionen.

Bölke (1) und Hoffmann (4) sehen daher für kleinere Intensivseinheiten „mindestens 4 Stellen zuzüglich Ausfallzeiten“ vor.

#### B II 2 a

Die 37. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK) vom 27.2.1976 hat in ihrer EntschlieÙung festgelegt, bis auf weiteres bei der Festsetzung der Personalschlüssel von den Anhaltszahlen der DKG von 1969 auszugehen, „ . . . sofern die Länder eigene Anhaltszahlen nicht ermittelt haben“. Eine EntschlieÙung der 42. Konferenz der GMK vom 3.11.1978 gestattet es, ausgehend von den Anhaltszahlen der DKG von 1969 „die durch die medizinische Entwicklung bedingten Änderungen des Personalbedarfs“ zu berücksichtigen. – Die DIVI hat bereits im Oktober 1979 gefordert, „bei den Anhaltszahlen von 1969 zumindest die günstigsten Schlüsselzahlen in Ansatz zu bringen“.

#### B II 2 b

Die Anhaltszahlen der DKG beziehen sich in allen Pflegebereichen grundsätzlich auf die Anzahl der im Jahresdurchschnitt belegten und nicht auf die Zahl der vorgehaltenen Betten. Zur Ermittlung der durchschnittlichen Belegung wird außerdem vielfach die sogenannte Mitternachtsstatistik herangezogen. Eine solche Berechnungsgrundlage ist für die Intensivmedizin sachfremd und ungeeignet. Für eine Intensivseinheit gilt nicht der Grundsatz, dass sie möglichst zu 100 % belegt sein soll. Vielmehr muss eine Intensivstation stets, zu jeder Tages- und Nachtzeit, aufnahmebereit sein. Aufnahmebereitschaft bedeutet nicht nur das Vorhalten freier Betten, sondern auch das Vorhalten des für die Behandlung von Vitalfunktionsstörungen erforderlichen Personals. In der Normalpflege kann die eine oder andere pflegerische oder therapeutische Verrichtung in Abhängigkeit von ihrer Dringlichkeit zurückgestellt werden. In der Intensivpflege sind viele Verrichtungen angesichts der vitalen Gefährdung der Patienten von gleich großer Dringlichkeit und gestatten keine Aufschub. Die Mitternachtsstatistik fälscht das Bild von der Arbeitsbelastung einer Intensivstation auch dadurch, dass sie alle jene Patienten nicht erfasst, die im Lauf des Tages eingewiesen werden und nach arbeitszeitaufwendiger Intensivtherapie am gleichen Tag verlegt werden oder aber versterben –. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass auf Intensivstationen der hygienischen Erfordernisse wegen regelmäßig Desinfektionsmaßnahmen durchgeführt werden müssen, die den durchschnittlichen Belegungsgrad der Einheit reduzieren, das Pflegepersonal jedoch zusätzlich erheblich belasten. – Aus allen angeführten Gründen ergibt sich, dass in Anbetracht der besonderen Bedingungen in der Intensivseinheit für die Personalbemessung von der Anzahl der vorgehaltenen Intensivbetten auszugehen ist.

#### B II 2 c

In den Richtlinien der DKG vom 9.9.1974 wird darauf hingewiesen, dass die Anhaltszahlen für die Versorgung einer größeren Zahl von Respirator-Patienten (d.h. künstlich apparativ beatmete Patienten) nicht ausreichen. Dort heißt es: „Wenn die Zahl der Beatmungsfälle im Jahresdurchschnitt 20% der Patienten übersteigt, ist eine Anhaltszahl bis zu drei Pflegekräften pro Bett zugrunde zu legen“. Eine geeignete Berechnungsgrundlage stellt die Anzahl der Beatmungstage an der Gesamtzahl der Pflgetage der Station dar. Bei Stationen, die überwiegend Dauerbeatmungspatienten zu versorgen haben (über 50 % Beatmungstage) ist den erhöhten pflegerischen Anforderungen durch einen Stellenschlüssel von 4 : 1 Rechnung zu tragen. Bestimmte andere, in einem nachfolgenden Katalog aufgeführte Erkrankungsfälle, die zeitweilig eine gleiche personalaufwendige Pflege und Behandlung bedingen, sind für die Dauer des erforderlichen erhöhten Personaleinsatzes Beatmungsfällen gleichzusetzen.

#### B II 2 d

Aktuelle Berechnungen der Arbeitsausfallquote ergeben in aller Regel, dass 15 % überschritten werden.

#### B II 2 e

Eine sachgerechte Versorgung vitalgefährdeter Patienten ist durch eine einzige Pflegekraft nicht zu gewährleisten.

#### B II 3 und 4

Auf Intensivstationen fallen erheblich mehr Nebenarbeiten als in der Normalpflege an. Hierfür sind zusätzliche Hilfskräfte erforderlich, damit das speziell weitergebildete Pflegepersonal uneingeschränkt für die unmittelbare Patientenversorgung zur Verfügung steht.

#### **D. Schlussbemerkung**

Die DIVI muss feststellen, dass sich seit ihrer Verlautbarung vom Oktober 1979 die Situation der Intensivstationen in Akut-Krankenhäusern selten verbessert, aber vielerorts verschlechtert hat. Die Richtzahlen für die Versorgung von Respiratorpatienten sind zum Beispiel nur ausnahmsweise realisiert worden. Besonders belastend ist für die verantwortlichen Ärzte und Pflegekräfte der Umstand, dass einerseits für den Patienten sehr eingreifende Behandlungsverfahren angewendet werden müssen, andererseits aber nicht genügend Personal für eine den medizinischen und humanitären Erfordernissen genügende Intensivmedizin zur Verfügung steht. Die DIVI wendet sich hiermit an die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder, an die Krankenhausträger, an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie an die Institutionen, die mit der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit in Krankenhäusern befasst sind. Sie fordert auf, die hier vorgelegten Richtzahlen zu stützen und ihnen einen genügenden Grad an Verbindlichkeit bei der Aufstellung von Stellenplänen, bei Pflegesatzverhandlungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu verleihen.