

## **Zur Besetzung von Intensivseinheiten mit Pflegepersonal (9.11.1979; 1994)**

In einer Entschließung der 37. „Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder“ (GMK) vom 27. Februar 1976 bekräftigte dieses Gremium seinen Standpunkt, bis auf weiteres bei der Festsetzung der Pflegesätze von den Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) von 1969 auszugehen.... sofern die Länder eigene Anhaltszahlen nicht ermittelt haben“.

1993 lief ein von Bund und Ländern getragenes Forschungsvorhaben „Verfahren zur Berechnung des leistungsbezogenen Personalbedarfs für Krankenhäuser“ unter der Federführung des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen an. Ehe auf Grund dieses Forschungsvorhabens neue Anhaltszahlen vorliegen, werden sicherlich mehrere Jahre vergehen, zumal zunächst ermittelt werden muß, welches Verfahren am besten geeignet ist, einen zuverlässigen Überblick über den Personalbedarf von Krankenhäusern zu gewinnen.

Die Entschließung der 42. Konferenz der GMK vom 2./3. November 1978 gestattet es nunmehr, ausgehend von den Anhaltszahlen der DKG von 1969 „die durch die medizinische Entwicklung bedingten Änderungen des Personalbedarfs ...“ zu berücksichtigen.

Für die Intensivmedizin lauten die Anhaltszahlen der DKG von 1969:

Intensivüberwachung: 1 Pflegeperson auf 1,9 bis 1,0 Betten

Intensivbehandlung: 1 Pflegeperson auf 0,7 bis 0,5 Betten.

Zum Vergleich seien die Anhaltszahlen der DKG von 1974 aufgeführt: sie unterscheiden nicht zwischen Intensivüberwachung und –behandlung und lauten: eine Pflegeperson auf 1,0 bis 0,43 Betten.

In den „Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern“ der DKG vom 9. September 1974 wird der Personalbedarf wie folgt definiert:

Intensivüberwachung: 1 Pflegeperson auf 1 Bett.

Intensivbehandlung: 2 Pflegepersonen auf 1 Bett.

Darüber hinaus wird festgestellt: „Wenn die Zahl der Beatmungsfälle im Jahresdurchschnitt 20 % der Patienten übersteigt, ist eine Anhaltszahl bis 3 : 1 zugrunde zulegen.“

In Anbetracht des medizinischen Fortschritts der letzten 10 Jahre, der gerade in der Intensivmedizin seinen Niederschlag gefunden hat, ist es notwendig, bei den Anhaltszahlen von 1969 zumindest die günstigsten Schlüssel (für die Intensivüberwachung 1 : 1,0, für die Intensivbehandlung 1 : 0,5) – hochgerechnet auf die 40-Stunden-Woche – in Ansatz zu bringen. Dabei ist zusätzlich auch zu berücksichtigen, daß sich der Urlaubsanspruch des Pflegepersonals seit 1969 um 2 Tage erhöht hat.

Würde auch dieser Umstand in die Berechnungen einbezogen und darüber hinaus entsprechend der o.a. zitierten Richtlinien der DKG vom 9. September 1974 der erhöhte pflegerische Aufwand bei langzeitbeatmeten Patienten angemessen berücksichtigt, könnte man die Anhaltszahlen der DKG von 1969 für die Intensivpflege mit einer wesentlichen Einschränkung als ausreichend bezeichnen: Die Anhaltszahlen der DKG beziehen sich in allen Pflegebereichen grundsätzlich auf die Anzahl der im Jahresdurchschnitt belegten und nicht auf die Anzahl der vorgehaltenen Betten. Zur Ermittlung der durchschnittlichen Belegung wird im allgemeinen die sogen. „Mitternachtsstatistik“ herangezogen.

Eine solche Berechnungsgrundlage ist aber für die Intensivmedizin völlig sachfremd und ungeeignet. Für eine Intensiveinheit gilt nicht der Grundsatz, daß sie möglichst zu 100 % belegt ist, sondern daß sie stets, d.h. zu jeder Tages- und Nachtzeit aufnahmebereit sein muß. Aufnahmebereit bedeutet aber nicht nur das Vorhalten freier Betten, sondern auch das Vorhalten des hierfür erforderlichen Pflegepersonals. In der Normalpflege kann nach Maßgabe des zur Verfügung stehenden Personals die eine oder andere pflegerische oder therapeutische Verrichtung in Abhängigkeit von ihrer Dringlichkeit zurückgestellt werden. In der Intensivpflege sind fast alle Verrichtungen in Anbetracht der vitalen Gefährdung des Patienten von gleich großer Dringlichkeit, die meist keinen Aufschub gestattet.

Schließlich ist auch die Notwendigkeit zu berücksichtigen, den hygienischen Erfordernissen regelmäßiger Desinfektionsmaßnahmen nachzukommen, die den durchschnittlichen Belegungsgrad einer Intensiveinheit reduzieren, das Personal jedoch zusätzlich erheblich belasten.

Darüber hinaus gibt die Mitternachtsstatistik als Berechnungsgrundlage ein völlig falsches Bild von der Arbeitsbelastung einer Intensiveinheit, da sie alle jene Fälle nicht erfasst, die im Laufe des Tages eingewiesen werden und nach stundenlangen intensiven Reanimationsbemühungen noch am gleichen Tage versterben.

Die z. Zt. gültigen Anhaltszahlen kranken ferner daran, daß sie keine Hilfskräfte zur Entlastung des qualifizierten Pflegepersonals vorsehen. Das bezieht sich auf Schreibkräfte ebenso wie auf Reinigungs- und Hauspersonal sowie auf Kräfte, die gerade für die Intensiveinheit besonders vielfältigen Botengänge und Krankentransporte versehen. Ohne derartiges Hilfspersonal wird das besonders qualifizierte Intensivpflegepersonal seiner eigentlichen Aufgabe, der unmittelbaren Patientenbetreuung, in nicht unerheblichem Maße entzogen.

Auf der Basis der Anhaltszahlen der DKG von 1969 unterbreitet die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin auf Grund dieser Überlegungen folgende Vorschläge zur Besetzung von Intensiveinheiten mit Pflegepersonal:

Für den unbedingt notwendigen Bedarf an Intensivbetten muß die personelle Besetzung so ausgelegt sein, daß die Versorgung der vital gefährdeten Patienten nach dem Standard der heutigen medizinischen Erkenntnisse und Möglichkeiten zu jeder Tages- und Nachtzeit und auch bei Spitzenbelastungen unter allen Umständen gewährleistet werden kann.

Dazu ist erforderlich,

1. im Rahmen der Anhaltszahlen der DKG von 1969 den günstigsten Personalschlüssel – fortgeschrieben auf die 38,5-Stunden-Woche und unter Berücksichtigung des erhöhten Urlaubsanspruches – anzuwenden;
2. in Anbetracht der besonderen Bedingungen in der Intensivmedizin grundsätzlich von einer durchschnittlich vollen Belegung auszugehen;
3. die Versorgung von Langzeitbeatmungsfällen gemäß Absatz 9.2.2 der „Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern“ vom 9. September 1974 nach dem Folgenden Schema prozentual gesondert zu berücksichtigen:

Anzahl der Beatmungsfälle im Jahresdurchschnitt	Personal-Betten-Schlüssel
über 10 %	2,5 : 1
über 20 %	3 : 1
über 40 %	4 : 1
über 60 %	5 : 1

Akute Dialyse- und Hämoperfusionsfälle sind dabei Beatmungsfällen gleichzusetzen; auch andere besondere Aufgabenstellungen können einen höheren Personalbedarf begründen;

4. neben dem Schlüssel für Pflegepersonal gemäß Absatz 9.2.3 und 9.2.4 der o.a. Richtlinien sind in ausreichendem Maße Stellen für Hilfskräfte und Reinigungspersonal unter besonderer Berücksichtigung der hohen hygienischen Anforderungen vorzusehen, und
5. die Stelle einer leitenden Pflegekraft pro Intensiveinheit gemäß Absatz 9.2 der o.a. Richtlinien gesondert in Ansatz zu bringen.

Nach Ansicht der DIVI ist es nur unter diesen Voraussetzungen möglich, eine angemessene Versorgung vital gefährdeter Patienten auf Intensiveinheiten nach den medizinischen Erkenntnissen des Jahres 1979 auf der Grundlage der Anhaltszahlen der DKG aus dem Jahre 1969 zu gewährleisten.

In mehreren westlichen Ländern ist die große Bedeutung einer guten Pflege im Rahmen der Intensivmedizin bereits anerkannt, z.B. unter anderem in USA, in zahlreichen Regionen Frankreichs, in England, Schweden und der Schweiz. So hat die Schweiz ihre Intensivmedizin nach Schweregraden in drei Kategorien eingeteilt, wobei die erste Kategorie (Intensivstationen mit überwiegendem Anteil an Beatmungspatienten) pro Bett und Schicht eine Schwester beanspruchen darf. Hinzu kommt noch das zum Ausgleich von Krankheit, Urlaub etc. benötigte Pflegepersonal. In einem Rückkopplungsverfahren wird dort in Zukunft die Erteilung der Facharztanerkennung in einigen Fächern der operativen Medizin mit der Ableistung einer gewissen Zeit in einer solchen Intensivstation der ersten Kategorie verknüpft werden: das zunächst von der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführte Projekt „Pflegepersonalverordnung Intensivmedizin“, das Pflegekategorien entsprechend der TISS-Kategorisierung und dem zugehörigen Pflegezeitaufwand verwendete und das zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und den Fachgesellschaften weitgehend einvernehmlich abgestimmt werden konnte, wurde im Hinblick auf die neue Bundespflegesatzverordnung nicht mehr weiterverfolgt, obwohl der Pflegenotstand Intensivmedizin gravierende Ausmaße angenommen hatte. Statt dessen wurde eine Pflegepersonalverordnung genereller Art verabschiedet, die jedoch nicht die Intensivmedizin beinhaltet. Die Kostenträger hatten das Konzept nicht akzeptiert.

In verschiedenen Kliniken hatten die Kostenträger bereits in der Vergangenheit als Alternative zu den Anhaltzahlen von 1969 die mit TISS-Kriterien belegbaren Pflegearbeitsminuten pro Patient und Tag akzeptiert. Sie lagen in der Regel in der Größenordnung zwischen 700 und 800 Minuten pro Patient und Tag. Dort wo die entsprechenden Daten erbracht werden konnten, haben sich die Kostenträger teilweise mit einer Anhebung der Pflegearbeitsminuten pro Patient und Tag einverstanden erklärt, wobei allerdings bisher gewährte Zuschläge in aller Regel entfallen sind (Strukturgespräche 1997).