

Kinder in Lebensgefahr

Der Fachkräftemangel in der Pflege trifft besonders die Kinderintensivmedizin – der Leiter der größten deutschen Station in Hannover skizziert die katastrophale Versorgungslage und fordert akute wie nachhaltige Maßnahmen

Von Dr. med. Michael Sasse



Donnerstag 16 Uhr, Kinderintensivstation Hannover. Anfrage einer Klinik aus Nordrhein-Westfalen zur Notfallübernahme eines dreijährigen Patienten mit Nierenversagen. Es besteht akute Lebensgefahr und Bedarf an sofortiger Dialyse sowie Verabreichung von lebensnotwendigen Spezialmedikamenten. Entfernung nach Hannover: 230 Kilometer. Fünf benachbarte Universitätskinderkliniken im Radius von 50 Kilometern haben wegen fehlender Intensivkapazität aufgrund von Pflegemangel die dringend notwendige Behandlung ablehnen müssen. Da in Hessen, Entfernung 200 Kilometer, schließlich am schnellsten ein Intensivplatz gestellt werden kann, erfolgt der Transport in die hessische Universitätsklinik mit großem Aufwand und einer Fahrtzeit von mehr als zweieinhalb Stunden.

Alltag auf deutschen Kinderintensivstationen.

Der Anspruch auf Gesundheit für den einzelnen Bürger lässt sich aus dem Grundgesetz nicht ableiten. In Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip wird aber ein funktionsfähiges Gesundheitssystem gefordert, dessen Inhalt gesetzlich definiert werden muss. Im Vergleich zu anderen Industrienationen ist Deutschland in dieser Hinsicht sehr gut aufgestellt und der Staat kommt seinen Verpflichtungen und seiner Verantwortung gegenüber den Bürgern nach.

Gefährdet wird das Gesundheitssystem allerdings in den vergangenen Jahren durch einen fortschreitenden und immer stärker ausgeprägten Pflegemangel. Während der Fokus der Öffentlichkeit zuletzt vor allem auf Missständen in der Altenpflege lag, ist das Problem längst in der Krankenpflege angekommen. Krankenhäuser müssen ganze Stationen schließen, die flächendeckende Versorgung ist vielerorts nicht mehr gewährleistet. Besonders betroffen sind so sensible Bereiche wie die Intensivmedizin und hier vor allem die Kinderintensivmedizin. Auf diesen Stationen wird von den Pflegenden ein sehr hohes Niveau mit einer Ausbildungszeit von fünf Jahren vorausgesetzt.

Das Gesundheitssystem versagt

Wegen fehlender Pflegekräfte stehen aktuell 20 bis 60 Prozent der Kinderintensivbetten nicht mehr zu Verfügung. Lebensbe-

drohlich erkrankte Kinder werden wegen den Kapazitätsengpässen von den Kliniken abgewiesen, und es kann Stunden bis Tage dauern, bis eine weiter entfernt liegende, geeignete Klinik für das schwerkranke Kind gefunden werden kann. Gelingt dies nicht rechtzeitig, kann es zum Versterben des Kindes kommen.

Wie konnte es zu einem solch drastischen Versagen des Gesundheitssystems kommen, das selbst vor der Versorgung von Kindern nicht mehr haltmacht?



Das Thema im Fünf-Minuten-Film:
<https://youtu.be/-OVIYAVFArw>

In den 1980er und 1990er Jahren drohte dem deutschen Gesundheitssystem der finanzielle Kollaps. Es begann die ethische Diskussion, wie das System mit hoher Qualität zu halten sei bei gleichzeitig notwendigen Einschränkungen der Leistungen oder der Reduktion von Klinikstandorten.

Vierorts wurde das Heil in der Einsparung von Personalkosten gesucht. Betroffen war hier vor allem der Pflegebereich. Auf der einen Seite führte dies bei gleichbleibenden Patientenzahlen zu einer höheren Arbeitsbelastung der verbliebenen Pflegekräfte, auf der anderen Seite wurden den Mitarbeitenden fremde Arbeiten wie Medikamentenzubereitung oder Essensausteilung zugewiesen, was zur weiteren Arbeitsverdichtung führte. Die klinische Arbeit wurde zunehmend arztzentriert und die Identität des Pflegeberufs ging in Teilen verloren. Der ehemals bedeutende Einfluss der Pflege auf Therapieentscheidungen wurde zunehmend geringer.

In Anbetracht der finanziell angespannten Lage des Gesundheitssystems wurden die Vergütungen der Krankenhausleistungen schließlich im Jahr 2003 auf das DRG-System (diagnosebasierte Fallpauschalen, Anm. d. Red.) umgestellt. Dies zwingt zu arbeitsintensiven, aufwändigen und möglichst kurzen Behandlungszeiträumen. Der ökonomische Faktor medizinischer Leistungen tritt zunehmend in den Vordergrund. Der Vorteil für den Patienten ist die frühe Entlassung nach Hause und die intensiviertere Therapie. Für das Krankenhauspersonal bedeutet es eine enorme weitere Verdichtung der Arbeit. Dies ist gut belegt durch die Anzahl behandelte Patienten pro Bett in einem definierten Zeitraum. In der Kinder-Intensivstation in Hannover erhöhte sich die Anzahl der behandelten Intensivpatienten von 50/Bett im Jahr 2007 auf nunmehr 80 im Jahr 2018. Gleichzeitig nahmen die Schwere der Erkrankungen und der Aufwand der Behandlungen zu. Hinzu kam, dass zu Beginn des DRG-Zeitalters die Anzahl an Pflegekräften reduziert wurde.

Die gesteigerte Arbeitsintensität, die unscharfe Beschreibung der Pflegetätigkeit, die zunehmend hohen fachlichen Anforderungen und das sozial wenig verträgliche obligate Schichtsystem führten schließlich zu einem stetigen Verlust von Pflegekräften an andere Berufszweige und einem Sinken von Bewerbungen für die Pflegeausbildung. Durch das hohe Bildungsniveau der Pflege stehen vielen Pflegenden akademische Ausbildungen offen, die langfristig eine bessere Lebensqualität und ein höheres Einkommen sicherstellen. Pflegekräfte mit akademischer Pflegeausbildung sind bis heute nur selten sinnvoll in den Arbeitsalltag von Kliniken eingebunden. Das Pflegestudium selbst erscheint vielen Pflegenden als wenig sinnvoll. Sie entscheiden sich daher für andere Studiengänge und gehen den Kliniken verloren.

Niemand steuert gegen

Obwohl der Pflegemangel seit vielen Jahren absehbar ist, wurde von keiner der beteiligten Gruppen entscheidend gegengesteuert. Die Pflege selbst ist gewerkschaftlich oder berufspolitisch kaum organisiert. Trotz großer Unzufriedenheit mit der eigenen beruflichen Situation regten sich innerhalb der Pflege nur

geringe Widerstände. Nach neuesten Umfragen haben je ein Drittel der Intensivpflegekräfte in Deutschland den Wunsch, die Stundenzahl in Kürze zu reduzieren oder in einen anderen Beruf zu wechseln. Fast 100 Prozent bemängeln die starke ökonomische Ausrichtung des Gesundheitswesens und den zunehmenden Druck durch die gestiegene Intensität der Behandlungen.

Kliniken, Gesundheitspolitiker, Fachverbände und die Interessenverbände der Pflegenden reagieren erst jetzt – zu einem Zeitpunkt, an dem bereits ein signifikanter Pflegegenotstand eingetreten ist. Verschlimmert wird die Situation durch die demografische Entwicklung. Nach Auskunft der Pflegekammer Niedersachsen kommt in den nächsten Jahren auf zwei altersbedingt ausscheidende Pflegekräfte nur eine neue Auszubildende.

Geschätzt wird aktuell ein bundesweiter Mangel von 100.000 Pflegekräften. Eine PwC-Studie aus dem Jahr 2011 prognostizierte einen Mangel von 400.000 Fachkräften für 2030. Allerdings beruhen die aktuellen Schätzungen auf Berechnungen von Pflegeaufwänden aus den 1990er Jahren. Durch die gesteigerte Therapieintensität liegt der Mangel vermutlich deutlich höher, zumal das Verhältnis von Pflegekraft zu Patienten in den meisten anderen hochentwickelten Industrienationen deutlich günstiger im Sinne der Pflege ausfällt. So liegt es in den Niederlanden, in der Schweiz und Schweden bei 1:7-8; in Deutschland betreut eine Pflegekraft 13 Patienten. Auch dieser Vergleich zeigt den Verbesserungsbedarf.

Der Status quo besonders in der stark emotional belastenden Kinderintensivmedizin ist das unaufhaltsame Zusteuern auf eine katastrophale Versorgungslage. Eine flächendeckende und ausreichende Versorgung ist bereits jetzt nicht mehr möglich. Um eine krisenhafte Zuspitzung des Mangels an Pflegekräften abzuwenden, müssen sowohl akute als auch auf Nachhaltigkeit angelegte Maßnahmen getroffen werden.

Was getan werden muss

Mit der konzertierten Aktion Pflege der Bundesregierung ist im vergangenen Jahr ein



erster sinnvoller Schritt vollzogen worden. Neben einer Ausbildungsoffensive und der Definition des Berufsbildes werden unter anderem auch Werkzeuge für die Personalbemessung eingeführt. Ebenso könnte die Gründung einer Pflegekammer wesentlich zum Selbstbild der Pflegeberufe beitragen. Dieser umfangreiche Maßnahmenkatalog wird voraussichtlich seine Wirkung erst in einigen Jahren entfalten. Bis dahin könnte die Situation allerdings außer Kontrolle geraten. Bereits heute melden sich rund 50 Prozent der Intensivstationen in Norddeutschland für

neue Aufnahmen aus einem öffentlichen Melderegister zumindest zeitweise ab. Zusätzliche Pflegekräfte sind ausschließlich aus dem Pool der Berufsausstieger zu akquirieren oder durch Umbesetzungen von einer Klinik in eine andere. Der Arbeitsmarkt ist schlichtweg leergefegt, eine Reduzierung des Pflege mangels daher nicht realistisch.

Was kann getan werden? Um Schulabsolventen in die Ausbildung zu bringen, ehemalige Pflegekräfte wieder in den Beruf zu holen und die Mitarbeitenden in den Teams zu halten, ist eine wesentliche Lohnerhöhung unerlässlich. Die Tarifverhandlungen Anfang 2019 im öffentlichen Dienst konnten dies noch nicht zufriedenstellend abbilden. Die Ausweitung sozialer Leistungen für die Pflegenden, wie die Einrichtung von Kindertagesstätten, deren Öffnungszeiten an die Schichtsysteme angepasst sind, oder die Schaffung von sozialen Wohnungsbauprojekten vor allem in Metropolen mit hohen Mietkosten, liegen auch in der sozialen und gesellschaftlichen Verantwortung der Kliniken als Arbeitgeber.

Sollte der Pflegemangel trotz aller Bemühungen zu einer weiteren Reduktion von Therapiemöglichkeiten führen, muss die Gesellschaft die schmerzliche ethische Diskussion führen, welche Leistungen nicht mehr erbracht werden können beziehungsweise welchen Patientengruppen sie vorenthalten werden. Das Problem des Pflegemangels wird somit zum Sinnbild des Umgangs unserer Gesellschaft und ihrer Institutionen mit sich selbst.

Dr. med. Michael Sasse ist Leitender Oberarzt der Pädiatrischen Intensivmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Sasse erhielt 2019 für sein Engagement gegen den Pflegekräfte-notstand den Helmut-Werner-Preis der Kinderhilfe Organtransplantation e.V. (KiO).