



Der Faktor Mensch in der Intensivpflege

Als direkte Folge der großen Polio-Epidemie gründete der dänische Anästhesist *Björn Ibsen* 1954 die weltweit erste Intensivstation in Kopenhagen. Seitdem hat die moderne Technologie unaufhaltsam ihren Weg in die Intensivmedizin gefunden. Patienten werden kontinuierlich durch Vitaldatenmonitore mit Alarmweitschaltungen überwacht, die standardisierten Daten werden automatisch ausgewertet und in einem Patientendatenmanagementsystem dokumentiert. Laborautomaten analysieren betseitig Blutgase, Elektrolyte, Säure-Basen-Status und Hämoglobin (Point-of-Care-Testing). Bildgebende Diagnostikverfahren mit Röntgen und Ultraschall erlauben eine schnelle Beurteilung direkt vor Ort. Für Untersuchungen mit CT und Kernspin kann der Patient mit mobilen Beatmungs- und Infusionstechniken in die Spezialabteilungen transportiert werden. Als Ultima Ratio wird im Falle einer schwer geschädigten Lunge eine Art Herz-Lungen-Maschine eingesetzt: die ECMO, von der in deutschen Intensivstationen zurzeit 670 Einheiten vorhanden sind. Über Tage und Wochen gewährt sie insbesondere den an COVID-19 erkrankten Menschen eine ausreichende Sauerstoffversorgung ohne die belastende Beatmung.

Und wie sieht es mit dem Bedienungspersonal in diesem hochkomplexen Technikumfeld aus? Ein Bild des britischen Streetart-Künstlers *Banksy* symbolisiert den gegenwärtigen Zustand. Das Gemälde „Game Changer“ zeigt einen Jungen, der eine Krankenschwester-Puppe mit Mund-Nasen-Schutz in Superman-Kluft in der Hand hält. Seine beiden anderen Superhelden hat er in den Papierkorb geworfen – er hat nun eine neue Heldin. Die Grafik hing mit einer Notiz *Banksys*: „Thanks for all you’re doing“ bislang in der Universitätsklinik von Southampton und wurde kürzlich für knapp 20 Millionen Euro verkauft.

Von Gesetzes wegen soll aufgrund des hohen Betreuungsaufwandes pro Tagschicht eine Pflegeperson maximal für 2 Patienten und in der Nacht für 3 Patienten bereitstehen. Für die personelle Betreuung der momentan ca. 22.000 betreibbaren Intensivbetten gibt es mangels Aufschlüsselung allerdings keine statistisch belastbaren Zahlen. Eine Tatsache lässt sich aber nicht mehr leugnen: In der vierten Coronawelle ist das Personal in der Intensivmedizin nach fast zwei Jahren Pandemie ausgebrannt. Trotz besserer Bezahlung (33 % Steigerung von 2010 auf 2020) stieg die Anzahl der offenen Stellen in der Krankenpflege im Juni 2021 auf 16.234. In jedem dritten Bett kann auf Intensivstationen kein Patient mehr behandelt werden. Das bislang in Deutschland unvorstellbare Horrorszenario der Triage erscheint am Horizont. Die Folge ist ein extremes Erleben der Hilflosigkeit.

Jeder sechste mit oder wegen Corona eingelieferte Patient starb. Bei dieser hohen Sterberate bleiben die Mitarbeiter mit ihren seelischen Nöten oft allein, es fehlt allorts an professioneller psychologischer Betreuung. Die überwiegende Belegung mit erkrankten Impfverweigerern beeinträchtigt die Motivation zusätzlich. Viele Pflegekräfte wechseln daher in Teilzeit, um den Stress zu mindern. Laut einer aktuellen Umfrage des Deutschen Krankenhaus-Institutes (DKI) beträgt die Abwanderungsquote des Pflegepersonals zwischen 5–10 Prozent. Der Deutsche Berufsverband für Pflege-

berufe (DBfK) meldete schon 2020 alarmierende Zahlen: Ein Drittel der Befragten will wegen der körperlichen und psychischen Extrembelastungen nach der Pandemie aus dem Beruf aussteigen beziehungsweise zieht den Ausstieg ernsthaft in Erwägung. Zur Kompensation von Personalausfällen in der Intensivpflege setzen die Krankenhäuser vermehrt fachlich unzureichend geschultes Pflegepersonal von den Normalstationen ein, um die COVID-19-Patienten zu versorgen.

Was ist zu tun? *Professor Felix Walcher* fordert als Präsident der DIVI (Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) eine grundlegende Reform des Systems und verweist auf den vorliegenden Aktionsplan der Strategie 2030. Eine DIVI-Arbeitsgruppe hat einen Katalog an Empfehlungen für präventive Maßnahmen zur Stärkung der Handlungsfähigkeit, Bewältigung der Belastungen und zur Verbesserung der Kommunikation, insbesondere zur Reduktion von Angst, Entsetzen und Resignation erstellt.

Warum erst jetzt? Den Begriff des Pflegenotstandes prägte man bereits in den 1960er-Jahren, als durch die Ausweitung der Krankenhausleistungen ein massiver Personalmangel entstand und vielfach ausländische Pflegekräfte eingesetzt wurden. An der Situation hat sich bis heute wenig geändert. Gesundheitsminister *Jens Spahn* reiste im Juli 2019 in den Kosovo und anschließend nach Mexiko, um Pflegefachkräfte für Deutschland zu rekrutieren. Aber damit wird das Grundproblem nicht angegangen. Der herrschende Personalmangel beruht zum großen Teil auf dem Finanzierungssystem des Gesundheitswesens und damit einhergehend auch der zunehmenden Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in der Intensivmedizin.

Und heute? *Thomas Hommel* von der *ÄrzteZeitung* schreibt dazu am 8. Dezember 2021: „Man muss Lauterbach wohl nicht daran erinnern, dass die Große Koalition Baustellen wie die Personalbemessung in Pflegeheimen oder die hohen Pflege-Eigenanteile zwar adressiert hat – etwa mit dem im Sommer verabschiedeten Mammutgesetz namens GVVWG (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz). Es gehört aber auch zur Wahrheit dazu, dass keines der Vorhaben abschließend gelöst worden ist.“

Augenscheinlich haben wir noch einen weiten Weg vor uns, bis vom verzweifelten Intensivpersonal die Zielvorgabe eines Lehrbuches für die Fachpflege ausreichend in die Praxis umgesetzt werden kann: „Die emotionalen Beziehungen vom Personal zum Patienten müssen auf Einfühlung beruhen und beim Patienten das Gefühl von Wärme, Sicherheit und Vertrauen auslösen.“

„Mehr Liebe und weniger Valium sollten im Gesundheitswesen der Republik herrschen.“

(Ellis E. Huber, deutscher Arzt und Gesundheitspolitiker)

Manfred Kindler
Krankenhaus-Kommunikations-Centrum
E-Mail: kindler@mt-medizintechnik.de