

## Stellungnahme

# zur Stärkung und Zukunft der Intensivpflege in Deutschland

Alt-Moabit 91  
D-10559 Berlin

Telefon: 030 / 3974 5935  
Fax: 030 / 3988 5246

E-Mail: [dgf@dgf-online.de](mailto:dgf@dgf-online.de)  
Web: [www.dgf-online.de](http://www.dgf-online.de)

Luisenstraße 45  
D- Berlin 10117

Telefon: 030 / 4000 5607  
Fax: 030 / 4000 5637

E-Mail: [info@divi.de](mailto:info@divi.de)  
Web: [www.divi.de](http://www.divi.de)

## Stellungnahme zur Stärkung und Zukunft der Intensivpflege in Deutschland

Die Versorgungssicherheit von Intensivpatienten steht und fällt mit dem kontinuierlichen Vorhandensein qualifizierter Intensivpflegepersonen im interprofessionellen Team der Intensivstation. Hinsichtlich der verfügbaren Anzahl der Intensivbetten und der technischen Ausstattung steht Deutschland im europäischen Vergleich gut da (OECD 2020). Die Personalsituation in der Intensivpflege allerdings, die schon vor der Covid-19-Pandemie angespannt war, hat sich nunmehr erheblich zugespitzt. Die aktuelle Situation auf den Intensivstationen wirkt wie ein Indikator, durch den sich bereits vorher bestehende Probleme überdeutlich zeigen:

- Der Mangel an Intensiv- (Fach)Pflegepersonal, der zuvor noch durch zusätzliches Engagement und Mehrarbeit überwiegend kompensiert wurde, ist teilweise dramatisch. Die Aussicht auf eine Besserung der Situation ist für viele Intensivpflegende nicht mehr realistisch.
- Weiterführende Qualifikationen (Weiterbildung, Studium) führen in der Praxis nur in sehr geringem Maße zu Veränderungen der Zuständigkeiten und des Gehalts.
- Hochspezialisierte Tätigkeiten, die von Intensivfachpflegenden ausgeführt werden, zählen formal nach wie vor nicht zu ihrem Zuständigkeitsbereich.
- Gestaltungsmöglichkeiten und politische Einflussnahme im Gesundheitswesen sind der Berufsgruppe bislang weitgehend verwehrt.
- Die Fürsorge für die Gesundheit der Mitarbeitenden steht bislang an den meisten Standorten zu wenig im Fokus der Aufmerksamkeit.
- Die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen insbesondere auf den Intensivstationen benötigen dringend nachhaltige Unterstützung und Fürsorge (DIVI 2021).

Vor diesem Hintergrund gilt es, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Attraktivität des Arbeitsfeldes zu erhöhen. In der Covid-19- Pandemie halten maßgeblich die Pflegenden noch durch – aber was kommt danach? Einer aktuellen Umfrage zufolge tragen sich 32 % der Pflegenden mit dem Gedanken, aus dem Beruf auszusteigen (DBfK 2021). Eine deutliche und schnelle Verbesserung der Situation ist zwingend erforderlich, um einen Exodus vieler Intensivstationen zu verhindern und die Versorgungssicherheit der lebensbedrohlich erkrankten Patienten aufrechtzuerhalten.

Im Folgenden werden konkrete Vorschläge zur kurzfristigen Entlastung und Unterstützung und zur dauerhaften Verbesserung der Situation auf Intensivstationen gemacht, um die Attraktivität des Arbeitsplatzes zu erhöhen und Intensivpflegende auf den Stationen zu halten.

### 1. Akzeptable Arbeitsbedingungen schaffen

Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV, 2020) hat in den meisten Intensivbereichen bislang nicht zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen geführt. Auf vielen Stationen wurde sogar Pflegepersonal reduziert.

Auf Intensivstationen werden, je nach Versorgungsauftrag, Patienten mit ganz unterschiedlichem Pflegeaufwand behandelt. Diese Unterschiede werden in der PpUGV nicht berücksichtigt. Zusätzlich kommt es durch die PpUGV zu negativen Nebeneffekten, indem weniger Assistenzpersonal in den „pflegesensitiven“ Bereichen beschäftigt wird und Intensivpflegende vermehrt pflegefremde Tätigkeiten ausführen müssen.

Die Verbesserung der Personalbesetzung, vor allem mit qualifizierten Intensivpflegenden, ist erforderlich, um die Qualität und Patientensicherheit zu garantieren. Die Intensivstation darf

kein Profitzentrum sein, sondern muss, innerhalb und außerhalb einer Pandemie, ihrem Versorgungsauftrag gerecht werden.

Unsere Forderungen:

- Die Umsetzung der PpUGV schärfen, sodass es auf den Stationen zu einer echten Verbesserung der Arbeitsbedingungen kommt.
- So schnell wie möglich ein am Pflegebedarf orientiertes, validiertes Personalbemessungsinstrument einführen, das die PpUGV ergänzt.
- Sicherstellen, dass die mit dem jeweiligen Instrument ermittelte Mindest-Personalbesetzung nicht nach aktuellem Patientenaufkommen ausgesetzt werden darf. Bei dauerhafter Unterbesetzung müssen Betten geschlossen werden.
- In die normale Dienstplanung und Personalbesetzung müssen freizuhaltende Kapazitäten für Notfälle mit einbezogen werden, um den Versorgungsauftrag zugewährleisten.
- Dienstplanung verbindlich gestalten.
- Kreative und moderne Arbeitszeitmodelle etablieren:
  - Flexibilisierung der Arbeitszeit (teilschichtiges Arbeiten).
  - Unterstützungsangebote für Mitarbeitende mit Familie oder pflegebedürftigen Angehörigen.
  - Angebote für ältere Mitarbeitende im Schichtdienst (z.B. anteilige Anrechnung von Berufsjahren im Schichtdienst für früheren Renteneintritt, „Lebensarbeitszeitkonto“ - je Berufsjahr im 3-Schicht-Dienst 1 Monat früher in den Ruhestand).
- Neue Wege der Wertschätzung belastender Tätigkeit gehen (z.B. 80% Arbeitszeit bei 100% Entlohnung).

## 2. Psychosoziale Unterstützung der Mitarbeitenden und Mitarbeiterfürsorge

In Anbetracht der Verpflichtung zur Personalfürsorge müssen sich die Arbeitsbedingungen für interprofessionelle Teams in der Intensivmedizin verbessern. Dafür ist der Fokus auf die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden zu richten. Pragmatische sowie belastbare nachhaltige Konzepte zur Stärkung der Resilienz bilden dafür eine essenzielle Grundlage (Hinzmann & Schießl 2019; Hinzmann et al. 2019; Deffner et al. 2020).

Unsere Forderungen:

- Physische und psychische Gesundheit der Mitarbeitenden fördern.
- Peer-Support-Strukturen (z.B. PSU akut) aufbauen und über den Zeitraum der Pandemie hinaus implementieren.
- Perspektivisch Psycholog\*innen als feste Teammitglieder auf Intensivstationen einstellen.

### 3. Optimierung der interprofessionellen Teamarbeit

Die Besonderheit der interprofessionellen Teams in der Intensivmedizin stellt einen bedeutsamen Vorteil dar und sollte durch folgende Aspekte unterstützt werden:

- Qualifikations- und Skill-Mix für Teams definieren und implementieren (Personal für Dokumentation, Patiententransporte, Materialbewirtschaftung, Bettenaufbereitung etc).
- Patienten- und pflegeferne Tätigkeiten und Bürokratie drastisch reduzieren.

### 4. Kompetenzen in der Intensivpflege erweitern

Fachpflegepersonen auf Intensivstationen übernehmen seit Jahrzehnten Aufgaben in einer rechtlichen Grauzone. Die hierfür erforderliche Handlungskompetenz haben sie in der Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie (FWB I+A) erworben (Isfort et al. 2012). Eine gesetzliche Absicherung im Sinne einer Handlungsautonomie fehlt hier gänzlich. Ein Vorhalten eines sogenannten Fachpflegestandards (BDA 2019) ist aus Sicht der Patientensicherheit allerdings unabdingbar.

Bereits jetzt gibt es in bestimmten Tätigkeitsfeldern die Möglichkeit der Übertragung „heilkundlicher Tätigkeit“ (G-BA 2011). Auch im aktuell gültigen „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ (BGBl 2020) wird Pflegenden die heilkundliche Tätigkeit erlaubt, wenn sie aufgrund ihrer Kompetenzen und ihrer persönlichen Fähigkeiten dazu in der Lage sind.

Unsere Forderungen:

- Übernahme „heilkundlicher“ Tätigkeiten für Intensivpflegepersonen mit FWB rechtlich abgesichert ermöglichen (z.B. Steuerung der Entwöhnung von der Beatmung).
- Diese Tätigkeiten müssen als erweiterte Vorbehaltsaufgaben für Intensivpflegepersonen mit absolvierter FWB definiert werden.

### 5. Berufliche Perspektiven schaffen

Die Definition von Vorbehaltsaufgaben für Pflegende mit FWB I+A würde allen Pflegenden im Intensivbereich berufliche Perspektiven eröffnen. Dies wäre ein deutliches Signal, dass sich die Qualifizierung durch eine Fachweiterbildung lohnt und die Übernahme von Verantwortung anerkannt wird (Blanck-Köster et al. 2018).

Vorbehaltsaufgaben, für die eine hohe Handlungskompetenz erforderlich sind, würden zwangsläufig eine Neubewertung der Entgeltgruppe nach sich ziehen, die nachfolgend von den Tarifpartnern umgesetzt werden müsste.

Für einige Bereiche der Intensivversorgung hat der G-BA eine Fachkraftquote vorgeschrieben, z.B. für die Versorgung von Patienten mit Bauchaortenaneurysma (G-BA 2020). Die Vorgabe, dass aus Gründen der Qualitätssicherung mindestens 50 % der Pflegenden eine FWB I+A absolviert haben müssen, ist aus fachlicher Sicht absolut sinnvoll. Unverständlich ist allerdings, warum diese qualitätssichernde Vorschrift nicht in allen Bereichen der Intensivversorgung gültig ist.

Unter Fachleuten ist unstrittig, dass die Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie hinsichtlich des erzielten Kompetenzniveaus äquivalent zur Meisterausbildung im Handwerk zu sehen ist (Machner et al. 2021, Keienburg 2016). Bislang fehlt allerdings die Dokumentation im Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (vgl. DQR 2021). Die Finanzierung der Kosten der FWB ist nicht gesetzlich geregelt und obliegt den jeweiligen Trägern der Bildungsmaßnahme.

Unsere Forderungen:

- Handlungsautonomie der Intensivpflege, verbunden mit einer Neubewertung der Entgeltgruppe von den Tarifpartnern umsetzen.
- Deutliche Erhöhung des Grundgehalts und Tarif anpassen für
  - Pflegende mit Fachweiterbildung
  - Pflegende mit zusätzlichem akademischem Abschluss
  - Pflegende mit besonderer Verantwortung (z.B. Praxisanleitung, Einarbeitung)
  - festangestelltes Personal im Vergleich zu Leasing-Personal
- Aufhebung der Besteuerung für Sonn-, Feiertags- und Nachtdienstzulagen sowie Überstunden.
- Attraktive steuerfreie Zuschläge für ad hoc Einspringen im Krankheitsfall oder anfallender Mehrarbeit.
- Die Finanzierung der Fachweiterbildungen in der Pflege analog zu den grundständigen Ausbildungen sicherstellen.
- Eine Intensivfachkraftquote für alle Bereiche der klinischen Intensivversorgung definieren.
- Die FWB I+A dem Qualifikationsniveau 6 im DQR zuordnen.

Die Förderung der aktiven Personalgewinnung sowie der Personalbindung mit langfristiger Perspektive insbesondere in Bezug auf die Personalentwicklung macht folgende Aspekte notwendig:

- Regeleinsatz für Auszubildende der Pflegeberufe auf Intensivstationen.
- Staatlich geförderte Stipendien.
- Finanzierung von zusätzlichen Angeboten für Mitarbeitende (z.B. Kita-Plätze, hausinterne Umschulung).

## 6. Politischen Einfluss der Pflege stärken

Die Berufsgruppe der Pflegenden ist in Gremien, die über die Entwicklung im Gesundheitswesen entscheiden, in der Regel nicht vertreten bzw. nicht stimmberechtigt. Die politische Einflussnahme ist bislang im Vergleich zu anderen Berufsgruppen nur sehr gering. Dabei erwarten gerade engagierte Intensivpflegende, dass ihre Vertreter über die Rahmenbedingungen und Handlungsautonomie als gleichberechtigte Partner mitbestimmen. Die Entwicklung der Selbstverwaltung in der Pflege durch Pflegekammern wird von einigen Landesregierungen nicht unterstützt bzw. behindert.

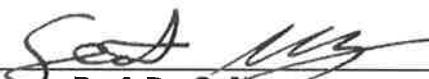
Unsere Forderungen:

- Im Beschlussgremium des G-BA Vertreter der Pflege als vollwertige, stimmberechtigte Mitglieder benennen.
- Politischen Rückenwind für die Pflegekammern geben –die Landesregierungen werden aufgefordert, den Prozess der Etablierung von Pflegekammern positiv zu unterstützen.
- Valide Zahlen zu Anzahl und Qualifikation von Intensivpflegenden in Deutschland erheben.

Verabschiedet vom Vorstand der DGF e. V. am 08.03.2021 und Präsidium der DIVI am 09.03.2021



L. Ullrich  
Vorsitzender der DGF e.V.



Prof. Dr. G. Marx  
Präsident der DIVI e.V.

### Autoren (alphabetisch) für die DGF<sup>2</sup> und DIVI<sup>1</sup>:

D. Hinzmann<sup>1</sup>  
A. Kaltwasser<sup>2</sup>  
C. Keienburg<sup>2</sup>  
G. Marx<sup>1</sup>  
S. Pelz<sup>2</sup>  
A. Schäfer<sup>1</sup>  
L. Ullrich<sup>2</sup>  
F. Walcher<sup>1</sup>  
D. Wieprich<sup>1</sup>  
St. Wilpsbäumer<sup>2</sup>

und unter Mitarbeit von S. Brodowski, T. Deffner, K. Eichenmüller, D. Ellmer, G. Grimaldi, U. Janssens, S. Heininger, S. Herfurth, W. Schirrmüller, K. Schütt und deren Teams.

Die DGF ist als gemeinnütziger, eingetragener Verein die nationale Interessenvertretung der Fachkrankenpflege und Mitglied im Deutschen Pflegerat, Mitglied der IFNA (International Federation of Nurse Anesthetists) und der EfCCNa (European Federation of Critical Care Nurse Association).

Die 1977 gegründete Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) ist ein weltweit einzigartiger Zusammenschluss von mehr als 3.500 persönlichen Mitgliedern und 19 Fachgesellschaften aus Anästhesiologie, Chirurgie, Innerer Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Neurologie und Neurochirurgie. Ihre fächer- und berufsübergreifende Zusammenarbeit und ihr Wissensaustausch machen im Alltag den Erfolg der Intensiv- und Notfallmedizin aus.

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der Gemeinnützigkeitsverordnung vom 24.12.1953 und ist damit ein nicht-wirtschaftlicher Verein gemäß § 21 ff BGB.

## Literatur

Arndt D, A, Heininger S, Katharina S, Hinzmann D, Walcher F, Brauchle M, Müller-Wolff T (2020) *Schutz und Erhalt der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern in Notaufnahmen und auf Intensivstationen während der COVID-19-Pandemie*. In: ErgoMed - Praktische Arbeitsmedizin (6).

BDA (2019) <https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/publikationen/1870-aerztliche-kernkompetenz-u-delegation- anaesth-intensivmed-2019/file.html> Zugriff: 17.02.2021

BGBL (2020) Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite  
[https://www.bgblerichterstattung.de/xaver/bgblerichterstattung/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&jumpTo=bgblerichterstattung&id=120s0587.pdf#\\_bgblerichterstattung%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgblerichterstattung&id=120s0587.pdf%27%5D](https://www.bgblerichterstattung.de/xaver/bgblerichterstattung/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgblerichterstattung&id=120s0587.pdf#_bgblerichterstattung%2F%5B%40attr_id%3D%27bgblerichterstattung&id=120s0587.pdf%27%5D)  
 Zugriff: 17.02.2021

Blanck-Köster K, Becker T, Gaidys U, Keienburg C, Kaltwasser A, Schäfer A (2018) *Wissenschaftliche Weiterentwicklung in der Intensivpflege: Positionspapier [Scientific development of critical care: Position Paper]*. Med Klin Intensivmed Notmed. 2018 Nov;113(8):672-675. German. doi: 10.1007/s00063-018-0496-9. PMID: 30327818.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2021) (Hrsg.): Gut geschützt bei der Arbeit? Zur konkreten Situation beruflich Pflegender im zweiten Corona-Lockdown.  
[https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Broschueren\\_Pflege-im-2.-Lockdown\\_Auswertung\\_Feb2021.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Broschueren_Pflege-im-2.-Lockdown_Auswertung_Feb2021.pdf) Zugriff 22.02.2021

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv und Notfallmedizin (2021) Positionspapier: Mitarbeitende in Intensiv- und Notfallmedizin in den Fokus der Fürsorge.  
<https://www.divi.de/forschung/sektionsgruppen/menschenzentrierte-medizin/perspektive-resilienz> Zugriff 7.3.2021

Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) <https://www.dqr.de/index.php>  
 Zugriff: 17.02.2021

G-BA (2011): Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Erstfassung). <https://www.g-ba.de/beschluesse/1401/> Zugriff: 17.02.2021

G-BA (2020): Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma. [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2375/QBAA-RL\\_2020-12-03\\_iK-2020-12- 01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2375/QBAA-RL_2020-12-03_iK-2020-12- 01.pdf) Zugriff 22.02.2021

Hinzmann D, Schießl A (2019) *Resilienzperspektive in der Akutmedizin*, Kluge, Heringlake et al. (Hrsg.) DIVI Jahrbuch 2019/2020: 35–42

Hinzmann D, Schießl A, Koll-Krüsmann M, Schneider G, Kreitlow J (2019) *Peer-Support in der Akutmedizin*. Anästh Intensivmed 60:95–101. DOI: 10.19224/ai2019.095

Hinzmann D, Schießl A, Kreitlow J, Igl A, Koll-Krüsmann M, Heininger S: „Let's talk about ... us“. *Die Situation an deutschen Kliniken mit Blick aus der Anästhesiologie und Intensivmedizin vor der COVID-19 Pandemie*. BDA-Befragung zur psychosozialen Unterstützung in der Akutmedizin im Herbst 2019. Anästh Intensivmed 2021 in press

Isfort M, Weidner F, Gehlen D (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine Bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf der Intensivstation im Krankenhaus. Hrsg: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. URL:  
[https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege\\_Thermometer\\_2012.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf) Zugriff 22.02.2021

Keienburg Ch. (2016) *Das sollten Sie können. Pflegerische Expertise beim Weaning*. Intensiv, 24 (6): 310-317.

Machner M, Behrend R, Kaltwasser A, Dubb R (2021) *Praxiseinsatz in Notaufnahme, Intensivstation und Anästhesie*. Kohlhammer Verlag Stuttgart. in press

OECD (2020): Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD. [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119\\_119689-ud5comtf84&title=Beyond\\_Containment:Health\\_systems\\_responses\\_to\\_COVID-19\\_in\\_the\\_OECD](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119_119689-ud5comtf84&title=Beyond_Containment:Health_systems_responses_to_COVID-19_in_the_OECD) Zugriff: 17.02.2021

Mäulen B. (2020) *Jedes Leben zählt*. Anaesthesist 59, 395–400.  
<https://doi.org/10.1007/s00101-009-1660-7>

PpUGV (2020) Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV) [https://www.gesetze-im-internet.de/ppugv\\_2021/BJNR235700020.html](https://www.gesetze-im-internet.de/ppugv_2021/BJNR235700020.html) Zugriff: 17.02.2021