

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Götz Frömming, Dr. Christina Baum, Roger Beckamp, Marc Bernhard, René Bochmann, Peter Boehringer, Gereon Bollmann, Dirk Brandes, Jürgen Braun, Marcus Bühl, Petr Bystron, Thomas Dietz, Robert Farle, Dietmar Friedhoff, Hannes Gnauck, Kay Gottschalk, Martin Hess, Nicole Höchst, Gerrit Huy, Steffen Janich, Dr. Marc Jongen, Dr. Malte Kaufmann, Dr. Michael Kaufmann, Norbert Kleinwächter, Enrico Komning, Steffen Kotré, Barbara Lenk, Corinna Miazga, Edgar Naujok, Jürgen Pohl, Stephan Protschka, Martin Reichardt, Bernd Schattner, Jörg Schneider, Thomas Seitz, Martin Sichert, Jan Wenzel Schmidt, Wolfgang Wiehle, Joachim Wundrak, Kay-Uwe Ziegler und der Fraktion der AfD

Mangel an Intensivbetten und fehlendes Pflegepersonal

Fehlendes Pflegepersonal gehört nicht erst seit der Corona-Pandemie zum Alltag deutscher Intensivstationen. Im März 2019 veröffentlichte das Deutsche Ärzteblatt den Artikel „Intensivmedizin – Versorgung der Bevölkerung in Gefahr“: „Schon zu Zeiten der Grippewelle 2017/2018 wäre die Notfallversorgung der Bevölkerung nur eingeschränkt möglich gewesen, selbst der Regelbetrieb könne oft nicht garantiert werden – als Folge würden zahlreiche Intensivbetten gesperrt (vgl. Deutsches Ärzteblatt (2019); 116 (10): A 462-6, abrufbar: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/205989/Intensivmedizin-Versorgung-der-Bevoelkerung-in-Gefahr>, letzter Stand: 24. November 2021).

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) signalisiert in ihren Strukturvorgaben, dass das Verhältnis von Pflegekraft zu Patient auf den Intensivstationen bei höchstens 1 : 2 liegen sollte. In besonderen Fällen wie der extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) sowie bei einem hohen Anteil (>60 Prozent) von Patienten mit Organersatzverfahren (z. B. Beatmung) ist eine 1 : 1-Betreuung indiziert (vgl. <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/viewdocument/95/empfehlungen-zur-struktur-von-intensivstationen-kurzversion>, S. 5, letzter Stand: 29. November 2021), damit eine Überlastung des Pflegepersonals verhindert und eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung gewährleistet werden kann.

Unter realen Bedingungen liegt das durchschnittliche Pfleger-Patienten-Verhältnis in der Frühschicht bei 1 : 2,5, in der Spätschicht bei 1 : 2,6 und bei 1 : 3,1 in der Nacht. Je nach Bundesland variieren die Zahlen (vgl. C. Karagianidis et al. (2019), Auswirkungen des Pflegepersonal mangels auf die intensivmedizinische Versorgungskapazität in Deutschland, *Med Klin Intensivmed Notfmed* 114, 327–333, abrufbar: <https://doi.org/10.1007/s00063-018-0457-3>, letzter Stand: 29. November 2021).

Verschiedene internationale Studien bestätigen einen Zusammenhang zwischen eingeschränkter Personalbesetzung und Krankenhaussterblichkeit (vgl. L. H.

Aiken, D. Sloane et al. (2016), Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care, abrufbar: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5477662/>; D. M. Kelly et al. (2014), Impact of critical care nursing on 30-day mortality of mechanically ventilated older adults, *Critical care medicine* Vol. 42,5: 1089–1095, abrufbar: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3993087/>, letzter Stand: 24. November 2021)

Während der Corona-Pandemie hat die epidemische Entwicklung zu einer Zunahme schwerkranker Patienten geführt, die in der intensivmedizinischen Betreuung beatmet werden müssen und bei besonders schweren Verläufen auf eine ECMO angewiesen sind (vgl. <https://www.zdf.de/nachrichten/heute/coronavirus-beatmung-durch-ecmo-intensivmedizin-100.html>, letzter Stand: 29. November 2021).

Im Zeitraum vom 21. Oktober 2020 bis zum 21. Oktober 2021 wurden insgesamt 5 000 Intensivbetten abgebaut (vgl. <https://www.divi.de/joomlatoools-files/docman-files/presse-meldungen-nach-themen/intensivstation/211021-presse-meldungen-divi-bettensperrung-pflegemangel.pdf>, letzter Stand: 29. November 2021). Grund dafür – so der Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin Prof. Gernot Marx – sei die hohe Arbeitsbelastung, die dazu führe, dass viele Pflegekräfte aus ihrem Beruf ausscheiden (vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128476/Intensivmedizin-r-4-000-Intensivbetten-weniger-seit-Jahresbeginn>, letzter Stand: 26. November 2021).

Seit Beginn der Corona-Pandemie begründet die Bundesregierung die Eindämmungsmaßnahmen gegen die Ausbreitung von COVID-19 mit einer drohenden Überlastung deutscher Intensivstationen (vgl. <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2021-04/angela-merkel-corona-notbremse-intensivstationen-infektionsschutzgesetz-bundestag>; <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Merkel-Duerfen-Hilferufe-der-Intensivmediziner-nicht-ueberhoeren-418844.html>; <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/corona-massnahmen-merkel-divi-101.html>, letzter Stand: 29. November 2021). Nach Ansicht der Fragesteller sieht die Bundesregierung in der Anzahl der betreibbaren Intensivbetten einen entscheidenden Faktor im Kampf gegen die Pandemie.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Gründe gibt es aus Sicht der Bundesregierung für die Überlastung der Intensivstationen, und sind die Ursachen dafür möglicherweise nicht nur in der Pandemie zu suchen, sondern auch in Fehlentscheidungen (u. a. Bettenabbau, siehe Vorbemerkung der Fragesteller, sowie Personalmangel durch schlechte Rahmenbedingungen, vgl. <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/personalmangel-auf-intensivstationen-viele-pflegekraefte-gehen-17616341.html>, letzter Stand: 9. Dezember 2021), die unabhängig von der pandemischen Situation getroffen worden sind?
2. Ist der Bundesregierung der von verschiedenen Seiten vorgetragene Vorwurf, dass das „Krankenhauszukunftsgesetz“ den Bettenabbau befördere (vgl. <https://www.jungewelt.de/loginFailed.php?ref=/artikel/386673.gesundheitspolitik-forcierter-bettenabbau.html>, letzter Stand: 7. Dezember 2021) bekannt, und wenn ja, hat sich die Bundesregierung dazu eine Positionierung erarbeitet, und wie lautet diese ggf.?
3. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Personalbestand im Bereich der Intensivpflege, und wo lag das durchschnittliche Pfleger-Patienten-Verhältnis in diesem Bereich für das Jahr 2021 (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

4. Hat die Bundesregierung, ggf. in Abstimmung mit den Ländern, im Zeitraum von März 2020 bis Dezember 2021 Maßnahmen ergriffen, um den Personalbestand in Pflege und Intensivmedizin zu erhalten bzw. zu erhöhen, und wenn ja, welche Maßnahmen wurden initiiert (bitte nach Maßnahme und Höhe der bereitgestellten Mittel je Maßnahme in Euro aufschlüsseln)?
5. Wie viele Pflegekräfte konnten nach Kenntnis der Bundesregierung von März 2020 bis Dezember 2021 bundesweit neu eingestellt werden (bitte nach Monaten und Anzahl der eingestellten Pflegekräfte je Monat aufschlüsseln)?
6. Wie viele Pflegekräfte haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung von März 2020 bis Dezember 2021 bundesweit arbeitsuchend gemeldet, und wo liegen nach Ansicht der Bundesregierung die Gründe für diese Entwicklung (bitte nach Monaten und Anzahl der ausgeschiedenen Pflegekräfte je Monat aufschlüsseln)?
7. Wie und in welchem Zeitrahmen will die Bundesregierung sicherstellen, dass die zusätzlichen 10 806 freien Intensivbetten (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/32393) aktiviert und betrieben werden können, wenn das hierfür erforderliche Pflegepersonal derzeit nicht vorhanden ist?
8. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung zu ergreifen, sollte die Impfpflicht für Pflegepersonal (vgl. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Ampel-Parteien-schmieden-Gesetz-fuer-selektive-Corona-Impfpflicht-424787.html>, letzter Stand: 7. Dezember 2021) zu einer Kündigungswelle in diesem Bereich führen, wie beispielsweise bereits im US-Bundesstaat New York geschehen (vgl. <https://www.stern.de/panorama/kuendigung-wegen-impfpflicht--us-krankenhaus-schliesst-entbindungsstation-30737452.html>, Stand: 9. Dezember 2021)?

Berlin, den 6. Januar 2022

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

