

UKSH, Campus Kiel, Arnold-Heller-Straße 3, 24105 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
z.Hd. Herr Werner Kalinka
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Campus Kiel

Arnold-Heller-Str. 3 · Haus V40 · 24105 Kiel
Tel.: 0431 500 10032

Campus Lübeck

Maria-Göppert-Str. 7a · MFC V · 23538 Lübeck
Tel.: 0451 500 10032

Internet: www.uksh.de

Datum: 14.05.2021

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 19/5815

Kliniken und Intensivstationen nachhaltig stärken – Drucksachen 19/2730, 19/2715

Sehr geehrter Herr Kalinka,

im Rahmen Ihrer Beratungen wurden einige Anzuhörende des UKSH benannt und um schriftliche Stellungnahme zu den o.a. Drucksachen gebeten. Nachstehend finden Sie eine Zusammenfassung der Stellungnahmen, die sich inhaltlich mit dem Thema „Kliniken und Intensivstationen nachhaltig stärken“ auseinandergesetzt haben:

Personalschlüssel & Klinikalltag:

- Mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) hat die Bundesregierung bereits Personalschlüssel für die Patientenbehandlung für pflegeintensive Bereiche festgelegt und die Herausforderung ist, diese Stellen zu besetzen.
- Der Klinikalltag zeigt tägliche Bettensperrungen, die sich an der Anzahl der jeweils verfügbaren Pflegekräfte orientieren. Aufgrund der reduzierten Anzahl verfügbarer Intensivbetten müssen geplante Operationen regelmäßig und oft mehrfach verschoben werden. Die verlängerte Wartezeit auf eine Operation birgt die Gefahr, dass sich der Gesundheitszustand der Patient*innen verschlechtert. Um den Versorgungsauftrag des UKSH und die Rolle des einzigen Maximalversorgers in S-H zu erfüllen, müssten die verfügbaren Intensivbetten zum großen Teil verfügbar und belegt sein. Ungeplante Notfälle führen daher zu akuten Überlastungssituationen, die oftmals erst am Folgetag z.B. durch Absage geplanter Operationen wieder gemildert werden können. Eine ausführliche Erläuterung zur kritischen Situation in der Kinderintensivmedizin in Form eines offenen Briefes der Klinikdirektoren deutscher Kinderherzzentren vom September 2021 an den Bundesgesundheitsminister Jens Spahn liegt als Anlage bei.
- Mit der Einführung von Leistungserfassungssystemen in der Intensivpflege können objektivere Personalbemessungen auf Basis eines den wirtschaftlichen sowie inhaltlich relevanten Aufgaben entsprechenden Personalmixes zur Darstellung von Fallschwere ermöglicht werden. Diese Systeme können durch ein Benchmarking klinikübergreifend genutzt und ausgewertet werden, um wichtige strategische Entscheidungen sowohl der Kostenträger als auch der Kliniken fundiert zu unterlegen.

Krankhausplanung & Finanzierung von Vorhaltekosten:

- Die im Antrag genannten Ziele werden sich im Wesentlichen nur umsetzen lassen, wenn zusätzliche Ressourcen für die hochspezialisierte intensivmedizinische Versorgung gezielt an nur wenigen Standorten eingesetzt werden. Im Rahmen der Krankenhausplanung sollten hochspezialisierte Versorgungsleistungen wie z. B. die Pädiatrische Intensivmedizin und weitere Ordinarier auf die „Versorgung in der Fläche“ überdacht werden, um die knappen Ressourcen (Fachpersonal, technische Ausstattung, finanzielle Mittel) nicht nur für das Vorhalten zu nutzen, sondern effizient zu allozieren. Dabei sollten nicht nur die Mindestpersonalausstattung, sondern auch die Empfehlungen des GBA z.B. zu Mindestmenge bei hochspezialisierten Versorgungsangeboten berücksichtigt werden.
- Ein möglicher Ansatz für die Besetzung der offenen Stellen liegt sicherlich in einer Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft in Schleswig-Holstein. Sollte es möglich sein, die Patientenversorgung so zu strukturieren, dass die Krankenhäuser, die nicht dringend für die Patientenversorgung notwendig sind und deren Patient*innen von anderen Kliniken behandelt werden könnten, vom Netz zu nehmen, würde das notwendige Personal für die Besetzung der offenen Stellen zur Verfügung stehen.
- Die Finanzierung des Pflegedienstes in Krankenhäusern ist ab dem Jahr 2020 durch die Einführung des Pflegebudgets neu geregelt, das die gesamten Kosten des Pflegedienstes für die „Pflege am Bett“ finanziert. Anders sieht es bei der Finanzierung der Vorhaltekosten aus. Wie jetzt insbesondere in der Pandemie zu erkennen war, ist die Vorhaltung der Strukturen für die Patientenversorgung enorm wichtig, nur nicht durch die jetzige Finanzierungsstruktur abgedeckt. Hier bedarf es sicherlich einer Finanzierung zur Vorhaltung der medizinischen und nicht-medizinischen Infrastruktur. Ebenso ist die Aus- und Weiterbildung nicht über die DRG's gegenfinanziert und führt bei den auszubildenden Kliniken zu einem Defizit, welches nicht durch die Kliniken zu vertreten ist.

Aufbau und Weiterbildung der Pflegekräfte:

- Die Attraktivität inkl. Weiterbildungsmöglichkeiten und die Vielfalt der Pflegeberufe sollten in einer bundesweiten Marketingkampagne herausgestellt werden.
- Für den Aufbau des fachweitergebildeten Intensiv-Pflegepersonals müssen Weiterbildungskapazitäten (Lehrkräfte, Räumlichkeiten, etc.) erweitert und finanziert werden. Zudem verursachen die Weiterbildungen nebst der Freistellung Kosten für die Kliniken, deren Finanzierung sicherzustellen ist.
- Zur Entlastung der fachweitergebildeten Intensivkräfte wäre die Implementierung von verschiedenen Gesundheitsberufen (Krankenpflegerhelfer*innen, Pflegehelfer*innen, Medizinische Fachangestellten, etc.) als Skillmix sinnvoll.
- Die psychische Gesundheit im klinischen Alltag wird im UKSH sowohl präventiv als auch reaktiv mit Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Beschäftigten begleitet. Im Rahmen des zertifizierten Betrieblichen Gesundheitsmanagements könnte zukünftig vermehrt Fokus auf die intensivmedizinischen Bereiche gelegt werden. Die hohe psychologische Belastung, insbesondere auf Intensivstationen, sollte kontinuierlich durch psychologische Unterstützung etabliert und vorgehalten werden. Die daraus resultierenden Maßnahmen sollten auf eine solide Finanzbasis gestellt werden, um im Sinne der Mitarbeitenden, Patient*innen und dem gesamten Gesundheitswesen handeln zu können.

Arbeitspolitische Maßnahmen:

- Parallel zu den o.a. Ansätzen sollte die Bundesregierung erörtern, ob das arbeitspolitische Instrument „Zeitarbeit“, das grundsätzlich Menschen als Brücke dienen sollte, die einen vereinfachten Einstieg in die Berufswelt finden sollten, unter den aktuellen Bedingungen des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen notwendig. Dadurch wird der Zusammenhalt und die Teamfindung beim Aussetzen der Zeitarbeit für das Stammpersonal unterstützt, da die Zeitarbeitskräfte für sich selbst die gewünschten Arbeitszeiten wählen können und die angestellten Mitarbeitenden i. d. Regel die ungünstigen Arbeitszeiten übernehmen müssen.

Auch hinsichtlich der Patientensicherheit und der Medizinproduktverordnung ist die Zeitarbeit gefährlich.

Die aufgeführten Punkte beruhen auf Stellungnahmen der jeweiligen Anzuhörenden und weiteren Expertinnen und Experten des UKSH. Für weitere Fragen und ergänzende Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Nicole Masannek
Geschäftsstelle Vorstand, Aufsichtsrat und Gewährträgersammlung des UKSH

OFFENER BRIEF AN BUNDESGESUNDHEITSMINISTER JENS SPAHN ZUM FEHLEN KURZFRISTIGER LÖSUNGEN FÜR LEBENSENTSCHIEDENDE HERZOPERATIONEN

Berlin, 28. September 2020

Sehr geehrter Herr Bundesgesundheitsminister,

wir begrüßen Ihr Engagement gegen den Pflegenotstand durch umfangreiche Gesetzesreformen sehr und hoffen, dass sie in 3 - 5 Jahren eine Besserung der sehr angespannten Lage bewirken.

Unser Problem: Wir benötigen JETZT Intensivpflegekräfte für die rund 7.000 Kinder in Deutschland, die jährlich mit einem angeborenen Herzfehler zur Welt kommen. Viele von Ihnen benötigen schnellst möglich eine Operation.

RISIKO: IRREVERSIBLE HERZSCHÄDEN

Die meisten angeborenen Herzfehler sollten bereits zwischen dem 3. und 6. Lebensmonat operativ korrigiert werden, um die Zeit der Fehlbelastung möglichst gering zu halten und damit eine potentiell irreversible Schädigung des Herzens zu vermeiden.

Doch in der Kinderherzmedizin haben derzeit bundesweit alle Kliniken sehr große Schwierigkeiten, den Versorgungsauftrag der Bundesländer für diese oftmals schwer herzkranken Säuglinge in dem Zeitfenster zu gewährleisten, den die Leitlinien vorgeben. Die Folge: mehr und mehr Patienten kommen spät zur Operation, wodurch das Risiko für diese Operation und den postoperativen Intensivaufenthalt ansteigt.

BRISANZ: BETTENSERRUNGEN VERZÖGERN WICHTIGE OPERATIONEN

Der Grund: Uns fehlt das Pflegefachpersonal in ausreichender Zahl und Qualifikation. Die Anzahl der examinieren Kinderkrankenpflegenden sinkt bundesweit von Jahr zu Jahr (von 40.200 in 2016 auf 37.500 in 2017). Aufgrund des Pflegekräftemangels müssen alle deutschen Kinderherzkliniken derzeit auf ihren Intensiv- und Normalpflegestationen bis zu einem Drittel aller Betten sperren. Eingeplante Operationen müssen häufig mehrmals verschoben und die Liste geplanter Operationen fast täglich korrigiert werden. Das führt auch dazu, dass die Wartezeit auf nicht dringliche, aber bereits eingeplante Operationen derzeit rund ein halbes Jahr betragen kann – das Gebot der möglichst frühen Korrektur kann damit oft nicht eingehalten werden.

Je länger die Warteliste, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Gesundheitszustand eines Kindes verschlechtert, während es auf eine Operation wartet. Aus einer geplanten wird dann eine dringliche Operation. Andere, unter Umständen bereits vor Monaten geplante Operationen werden dadurch erneut nach hinten verschoben. Ein Teufelskreis. Dies stellt insbesondere für die Patienten und ihre verunsicherten Angehörigen einen unzumutbaren Stressfaktor dar.

HINTERGRUND: WIDERSPRÜCHLICHE RICHTLINIEN UND GESETZESREFORMEN

Strategische Überlegungen zur besseren Rekrutierung von Pflegekräften sind an sämtlichen deutschen Krankenhäusern an der Tagesordnung. Doch die Situation in der Kinderherzmedizin ist komplexer als von vielen Verantwortlichen gedacht. Politische Weichenstellungen sind gut gemeint – führen aber derzeit die Kinderherzmedizin in den Versorgungsengpass.

1. Personaluntergrenzen in konkurrierenden kindermedizinischen Disziplinen

Die ambitionierte Festlegung von Personaluntergrenzen sowohl in der Richtlinie der Neonatologie als auch in der Richtlinie der Kinderherzchirurgie führt aufgrund des gemeinsamen, zu kleinen Pools an Kinderkrankenpflegenden zu gegenseitigem Abwerben des Fachpersonals im Kinderintensivbereich.

Da die Arbeit in der Kinderherzintensivmedizin aufgrund der Schwere der Herzerkrankungen als belastender empfunden wird als die Pflege in der Neonatologie, entscheiden sich bei gleicher Bezahlung Kinderintensivpflegekräfte eher für die Versorgung von Neugeborenen, so dass der Mangel an Kinderintensivpflegenden die Kinderherzchirurgie besonders stark betrifft.

2. Spezialisierungsforderung in Richtlinie versus „Generalistische Pflegeausbildung“

Die Richtlinie Kinderherzchirurgie stellt zur Sicherstellung der Behandlungsqualität hohe strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen, beispielsweise eine langjährige Spezialisierung.

Die 2018 verabschiedete Reform des Pflegeberufgesetzes sieht hingegen mit der neuen „generalistisch ausgerichteten Ausbildung Pflegefachfrau/-mann“ eine Reduzierung der Spezialisierung vor. Diese entsprechend neu ausgebildeten, weniger spezialisierten Pflegekräfte dürfen gemäß der Richtlinie Kinderherzchirurgie jedoch gar nicht eingesetzt werden.

VORSCHLAG: SCHNELLE LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN

1. Nachhaltige finanzielle Anreize für die besonders fordernde Arbeit der Kinderherzpflegenden

Komplizierte Operationen an Kinderherzen dauern oft viele Stunden, nicht selten mehr als einen Dienst lang ist. Die anschließende hoch technisierte 24/7-Intensivpflege von schwerkranken – und teilweise auch sterbenden – Säuglingen und Kindern mit angeborenen Herzfehlern erfordert von den Pflegenden besondere Achtsamkeit, psychische Stärke und technisches Know-how. Eine deutliche finanzielle Besserstellung der Kinderherzpflegenden durch eine Art Erschwerniszulage ist nötig, damit sich Pflegekräfte auch in Zukunft für die besonders anspruchsvolle Kinderherzmedizin entscheiden. Das Pflegebudget ausgewiesener Kinderherzzentren muss entsprechend erhöht werden, damit diese Zuschläge finanziert werden können.

2. Finanzierung des für die Spezialisierung erforderlichen Lehrpersonals in den Kliniken

Wenn die Spezialisierung nicht mehr Teil der Pflegeausbildung ist, muss sie im Anschluss in den Krankenhäusern erfolgen. Doch weder sind die Ausbildungskosten der Kliniken mit dem DRG-System gedeckt, noch ist die Vergütung des ausbildenden Personals, wie z.B. Pflegedozenten, durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PPSG) vorgesehen, da dieses nur Personal am Bett stärkt. Hier besteht eine gravierende Finanzierungslücke, die zügig durch Nachbesserung des DRG-Entgeltsystems sowie des PPSG geschlossen werden muss.

3. Nachhaltige Imagekampagne für die Kinderintensivpflege

Flankierend sollte vom Bundesministerium für Gesundheit eine dauerhafte, bundesweite Werbekampagne für den Pflegeberuf und insbesondere die Kinderintensivpflege initiiert werden. Die Werbung der Pflegekräfte allein den Krankenhausträgern zu überlassen, erscheint mit Blick auf die bundesweite Notlage nicht ausreichend.

UNSERE BITTE AN SIE:

Wir bitten Sie, sich dieser Notlage anzunehmen, die nicht nur die Ausführung unseres Berufs als Kinderherzchirurgen, Kinderkardiologen und Kinderintensivpflegekräfte schwer belastet, sondern auch für die kleinen Patienten und deren Eltern unerträglich ist; eine Notlage, die vor allem aber gesundheitliche Risiken mit gravierenden Langzeitfolgen für unsere jungen Patienten in sich birgt!

Mit freundlichen Grüßen

Die Klinikdirektoren/Abteilungsleiter für Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie in Deutschland

– Auflistung, Unterschriften und Kontaktdaten in der Anlage –

**Offener Brief der Klinikdirektoren/Abteilungsleiter für Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie
an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn**

INITIATOREN UND ANSPRECHPARTNER:

- **Prof. Dr. med. Joachim Photiadis**
Direktor der Klinik für Chirurgie Angeborener Herzfehler – Kinderherzchirurgie
Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB)

- **Prof. Dr. med. Nikolaus Haas**
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und
Angeborene Herzfehler e.V. (DGPK)
DGPK-Geschäftsstelle: E-Mail: kontakt@dgpk.org

- **PD Dr. med. Jörg Sachweh**
FA Herzchirurgie, UKE Hamburg
Vorsitzender der AG Kinderherzchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie

UNTERZEICHNER:

AACHEN

Univ.-Prof. Dr. med. Gunter Kerst
Direktor der Klinik für Kinderkardiologie
Universitätsklinikum RWTH Aachen

Univ.-Prof. Dr. med. Jaime Vázquez-Jiménez
Direktor der Klinik für Kinderherzchirurgie
Uniklinik RWTH Aachen

BERLIN

Prof. Dr. med. Felix Berger
Direktor der Klinik für Angeborene Herzfehler – Kinderkardiologie
Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB)

Prof. Dr. med. Joachim Photiadis
Direktor der Klinik für Chirurgie Angeborener Herzfehler – Kinderherzchirurgie
Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB)

BAD OEYNHAUSEN

PD Dr. med. Kai Thorsten Laser
Stv. Leiter des Kinderherzzentrums / Zentrums für Angeborene Herzfehler (bis 30.06.2020)
Universitätsklinikum Ruhr-Institut Bochum (UKRUB) Bad Oeynhausen
Prof. Dr. med. Stephan Schubert
Leiter des Kinderherzzentrums / Zentrums für Angeborene Herzfehler (ab 01.07.2020)
Universitätsklinikum Ruhr-Institut Bochum (UKRUB) Bad Oeynhausen

Dr. med. Eugen Sandica
**Direktor der Klinik für Kinderherzchirurgie und angeborene
Herzfehler** Universitätsklinikum Ruhr-Institut Bochum (UKRUB)

**Offener Brief der Klinikdirektoren/Abteilungsleiter für Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie
an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn**

BONN

Prof. Dr. med. Johannes Breuer
Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Kinderheilkunde und
Direktor der Abteilung für Kinderkardiologie
Deutsches Kinderherzzentrum UKB
Universitätsklinikum Bonn

Prof. Prof. Dr. h.c. Prof. h.c. Dr. med. Martin B. E. Schneider
Co-Direktor der Abteilung Kinderkardiologie
Deutsches Kinderherzzentrum UKB
Universitätsklinikum Bonn

Prof. Dr. med. Boulos Asfour
Direktor der Abteilung für Kinderherzchirurgie
Deutsches Kinderherzzentrum UKB
Universitätsklinikum Bonn

DUISBURG

PD Dr. med. Otto Krogmann
Leiter der Klinik für Kinderkardiologie – Angeborene Herzfehler
Herzzentrum Duisburg
Evangelisches Klinikum Niederrhein

Dr. med. Michael Scheid
Chefarzt der Sektion Kinderherzchirurgie und Chirurgie für angeborene Herzfehler
Herzzentrum Duisburg
Evangelisches Klinikum Niederrhein

ERLANGEN

Prof. Dr. med. Sven Dittrich
Leiter der kinder-kardiologischen Abteilung
Kinderklinik, Universitätsklinikum Erlangen

Prof. Dr. med. Robert Cesnjevar
Leiter der kinderherzchirurgischen Abteilung
Kinderklinik, Universitätsklinikum Erlangen

FREIBURG

Prof. Dr. med. Brigitte Stiller
Ärztliche Direktorin der Klinik für Angeborene Herzfehler /Pädiatrische Kardiologie
Universitätsherzzentrum Freiburg

**Offener Brief der Klinikdirektoren/Abteilungsleiter für Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie
an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn**

Prof. h.c. Dr. med. Johannes Kroll
Leiter Sektion Kinderherzchirurgie
Universitätsherzzentrum Freiburg

GIESSEN

Prof. Dr. med. Christian Jux
Leiter der Abteilung Kinderkardiologie
Universitätsklinikum Gießen (UKGM)

HALLE

Prof. Dr. med. Ralph Grabitz
Direktor der Universitätsklinik Pädiatrische Kardiologie/Angeborene Herzfehler
Universitätsklinikum Halle (Saale)

HAMBURG

Prof. Dr. med. Rainer Kozlik-Feldmann
Direktor der Klinik für Kinderkardiologie/Herzchirurgie für angeborene Herzfehler
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Prof. Dr. med. André Rüffer
Sektionsleiter Herzchirurgie für angeborene Herzfehler
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

PD Dr. med. Jörg Sachweh
FA Herzchirurgie, UKE Hamburg
Vorsitzender der AG Kinderherzchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

HANNOVER

Prof. Dr. med. Philipp Beerbaum
Direktor der Klinik für Pädiatrische Kardiologie und Pädiatrische Intensivmedizin
Medizinische Hochschule Hannover

Dr. med. Alexander Horke
Leiter der Chirurgie angeborener Herzfehler
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

HEIDELBERG

Prof. Dr. med. Matthias Gorenflo
Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinderkardiologie und Angeborene Herzfehler
Universitätsklinikum Heidelberg

**Offener Brief der Klinikdirektoren/Abteilungsleiter für Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie
an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn**

Prof. Dr. med. Tsvetomir Loukanov
Leiter der Sektion Kinderherzchirurgie
Universitätsklinikum Heidelberg

HOMBURG

Prof. Dr. med. Hashim Abdul-Khaliq
Direktor der Klinik für Pädiatrische Kardiologie
Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS)

Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Joachim Schäfers
Direktor der Klinik für Thorax- und Herz-Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS)

KIEL

Prof. Dr. med. Anselm Uebing
Direktor der Klinik für Angeborene Herzfehler und Kinderkardiologie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

KÖLN

Univ.-Prof. Dr. med. Konrad Brockmeier
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie
Uniklinik Köln

LEIPZIG

Prof. Dr. med. Ingo Dähnert
Direktor der Klinik für Kinderkardiologie
Herzzentrum Leipzig

Prof. Dr. med. Martin Kostelka
Leitender Oberarzt Kinderherzchirurgie
Herzzentrum Leipzig

MAINZ

Univ.-Prof. Dr. med. Christoph Kampmann
Ärztliche Leitung der Pädiatrischen Kardiologie
Universitätsmedizin Mainz

MÜNCHEN

Prof. Dr. med. Nikolaus Haas
Direktor der Klinik für Kinderkardiologie und Pädiatrische Intensivmedizin
Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)

**Offener Brief der Klinikdirektoren/Abteilungsleiter für Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie
an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn**

Prof. Dr. med. Peter Ewert
Direktor der Klinik für Angeborene Herzfehler/Kinderkardiologie
Deutsches Herzzentrum München

Prof. Dr. med. Jürgen Hörer
Direktor der Klinik für Chirurgie angeborener Herzfehler und Kinderherzchirurgie
Deutsches Herzzentrum München

MÜNSTER

Prof. Dr. med. Hans Gerd Kehl
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin – Pädiatrische Kardiologie
Universitätsklinikum Münster (UKM)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Edward Malec
Leiter der Kinderherzchirurgie
Universitätsklinikum Münster (UKM)

OLDENBURG

Prof. Dr. med. Oliver Dewald
Direktor der Klinik für Herzchirurgie
Klinikum Oldenburg

STUTTGART

Dr. med. Frank Uhlemann
Ärztlicher Direktor der Klinik für Pädiatrie - Zentrum für Angeborene Herzfehler
Klinikum Stuttgart

Dr. med. Ioannis Tzanavaros
Chefarzt der Kinderherzchirurgie
Sana Herzchirurgie Stuttgart

TÜBINGEN

Prof. Dr. med. Michael Hofbeck
Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinderheilkunde – Kinderkardiologie
Universität Tübingen

Unterstützt wird dieser offene Brief:

KAISERSLAUTERN PD Dr. med. Thomas Kriebel
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin u. Kinderkardiologie
Westfalz-Klinikum Kaiserslautern

Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler

Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler

Herrn
MdB Jens Spahn
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
11055 Berlin

28. September 2020

Unterstützung des offenen Briefes der Klinikdirektoren für Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie

Sehr geehrter Herr Bundesgesundheitsminister,

wir, das Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler, der Zusammenschluss aller bundesweit tätigen Vereine für Menschen mit angeborenem Herzfehler, unterstützen die im offenen Brief an Sie genannten Forderungen der Klinikdirektoren für Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie vollumfänglich.

Als Patientenvertreter möchten wir aus unserer Perspektive schildern, welche Auswirkungen der Pflegenotstand auf kinder-kardiologischen Intensivstationen gerade für Kinder und Jugendliche, aber auch für Erwachsene mit angeborenem Herzfehler haben kann.

Familien, deren Kind vor einer Herzoperation steht, sind nachvollziehbar in einer außerordentlichen Belastungssituation. Viele Herausforderungen gilt es zeitgleich zu bewältigen. Das kranke Kind erwartet eine schwere, aber lebensnotwendige Operation. Die Angst ist nur für diejenigen begreifbar, die vergleichbares erlebt haben. Die Eltern möchten bei ihrem Kind sein und es unterstützen. Fern vom eigenen Wohnort, von Familie und Freunden muss diese Krise durchgestanden werden. Trotzdem gilt es auch den Alltag, den Beruf, die Versorgung und Betreuung von Geschwisterkindern zu organisieren. Berufstätige nehmen sich Urlaub, Geschwister kommen bei Verwandten oder Freunden unter. Eine

Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler

Unterkunft für die Begleitperson wird angemietet, die Anreise geplant. Alles fokussiert sich auf den Tag der Operation. Die Anspannung ist schwer zu ertragen ... und dann muss die Operation kurzfristig abgesagt werden, weil notwendige Intensivpflegekräfte fehlen. Die Familien fahren wieder nach Hause, um nach Wochen oder Monaten des Wartens wieder in genau diese Situation zu kommen.

Dies sind keine Einzelfälle, sondern das ist leider harter Alltag für Familien herzkranker Kinder, wie Prof. Dr. Konrad Brockmeier, Leiter der Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie der Universität zu Köln am 9.06.2020 dramatisch unterstreicht: „Typischerweise, mit jetzt mehr als drei kurzfristigen Absagen und neuen Terminvereinbarungen, verdonnern wir die Familien auf ungeahnte neue Unwägbarkeiten und Ungewissheiten in große Sorge - ohne dass wir vernünftige Lösungen anbieten können.“

Haben diese Kinder die lebensnotwendige Operation hinter sich gebracht, erleben sie als Patient, dass jeden Tag neu abgewogen werden muss, für wen die Verlegung auf die Normalstation vertretbar ist, oder besser: Für welchen Patienten besteht das geringste Risiko, wenn er auf eine Normalstation verlegt wird, damit Platz für schwerere Fälle geschaffen wird. Der Kommentar einer betroffenen Mutter: „die kleinen Patienten werden wie Tetris-Bauklötze dahin geschoben wo Platz ist ...“ Wenn dann Intensivbetten oder gleich Teile der Station leer stehen, ist das schwer vermittelbar.

Die Familien erleben tagtäglich, dass das Pflegepersonal trotz aller Bemühungen an der Grenze des Machbaren – und nicht selten darüber – arbeitet. Ohne die Familienmitglieder auf den Stationen, die nicht selten einfache pflegerische Tätigkeiten selbst übernehmen (müssen), und somit das Pflegepersonal unterstützen, wäre die Betreuung der Patienten noch schwieriger umzusetzen.

Nicht selten werden auf den kinderkardiologischen Stationen auch Erwachsene mit angeborenem Herzfehler (EMAH) betreut, da alternative Stationen häufig nicht die notwendige Behandlungskompetenz für komplexe Vitien besitzen. Wartezeiten bis zur Durchführung von notwendigen Folgeoperationen aufgrund von fehlenden Intensivpflegekräften können auch für diese Patienten lebensbedrohliche Folgen nach sich ziehen.

Dass sich der schon lange bestehende Pflegepersonalmangel, insbesondere auf den kinderkardiologischen Intensivstationen, immer weiter verschlechtert hat, trifft die betroffenen Familien mit ganzer Härte. Die Zahl der Pflegeschulen ist in den letzten Jahren vielerorts dem Rotstift der Klinik- bzw. Schulleitungen zum Opfer gefallen. Es ist jedoch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, für die (Aus-) Bildung von Pflegekräften zu sorgen. Hinzu kommt ein geringer Verdienst bei

Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler

gleichzeitig hohen fachlichen Anforderungen und hoher Verantwortung für Kinderintensivpflegekräfte. Familienunfreundliche, starre Arbeitszeitkonzepte, Schichtdienste, Überstunden und häufiges Einspringen für erkrankte Kolleginnen und Kollegen, damit verbunden reduzierte und schlecht planbare Erholungszeiten, hoher physischer und psychischer Stress lassen den Beruf der Kinderintensivpflege wenig attraktiv erscheinen.

Und trotz dieser widrigen Umstände gibt es Pflegende, die ihren Beruf lieben. Diesen Menschen verbesserte Arbeitsbedingungen zu gewährleisten, interessierten Bewerbern Ausbildungsmöglichkeiten zu schaffen und Wiedereinsteigern flexible – mit einem Familienleben vereinbare – Arbeitszeitkonzepte zu bieten, dafür sollten sich die politischen Entscheidungsträger und damit auch Sie als Bundesgesundheitsminister einsetzen – und das nicht nur in Corona-Zeiten.

Für das Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler:

Bundesverband Herzkrankte Kinder e.V.

Bundesverein Jugendliche und Erwachsene mit angeborenem Herzfehler e.V.

Fontanherzen e.V.

Herzkind e.V.

Interessensgemeinschaft Das herzkrankte Kind e.V.

Kinderherzstiftung der Deutschen Herzstiftung e.V.