

Effizientes Krisenmanagement zur Aufrechterhaltung der intensivmedizinischen und -pflegerischen Versorgung

Was haben wir aus der Pandemie gelernt?

Zusammenfassung

Die Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus und die damit verbundene Zunahme intensivpflichtiger Patient*innen stellte für das deutsche Gesundheitssystem eine außerordentliche Herausforderung dar. Die Pandemie hat verdeutlicht, welche Auswirkungen der akute Personalmangel in den Krankenhäusern hat: Vorhandene Intensivbetten können nicht belegt werden, Mitarbeiter*innen fühlen sich überlastet und unsicher, psychische Belastungen nehmen zu, der Zeitdruck verursacht fatale Pflege- und Behandlungsfehler, schlussendlich werden die Mitarbeiter*innen selbst krank und fallen aus. Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels ist zur Aufrechterhaltung der intensivmedizinischen und -pflegerischen Versorgung ein effizientes Ausfallmanagement unerlässlich. Hier werden Strategien beschrieben, die zur Verfügung stehen, um akute und kurzfristige Personalengpässe zu kompensieren und zu verhindern. Dabei richtet sich der Fokus auf die Formen der Flexibilisierung personeller Ressourcen. Zudem wurde analysiert, welche Instrumente des dynamischen Personaleinsatzes zur Anwendung kommen und welche weiteren Strategien zur Optimierung der Intensivkapazitäten existieren, um eine Überlastung zu vermeiden. Instrumente, die sich durch ihre Praktikabilität und ihren positiven Einfluss auf die Versorgungsstrukturen bewährt haben, sind hierbei priorisiert einzusetzen. Es zeigt sich, dass die Priorisierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Efficient crisis management to maintain intensive medical and nursing care

What have we learnt from the pandemic?

D. Haubner¹

► **Zitierweise:** Haubner D: Effizientes Krisenmanagement zur Aufrechterhaltung der intensivmedizinischen und -pflegerischen Versorgung. Was haben wir aus der Pandemie gelernt? *Anästh Intensivmed* 2025;66:44–55. DOI: 10.19224/ai2025.044

einen ersten wichtigen Schritt zu einem guten Ausfallmanagement darstellt. Setzen Kliniken zudem auf ein umfangreiches Personalausfall- und Ersatzkonzept, so kann von einer besseren Personalbesetzung ausgegangen werden. Konzepte wie die Bildung eines Mitarbeiterpools und alternative Beschäftigungsformen wie die Arbeitnehmerüberlassung können hierbei komplementär genutzt werden. Strategien, welche einen fach- und bereichsübergreifenden Personaleinsatz anstreben, lassen ein hohes Entlastungspotenzial für Pflegefachkräfte erwarten. Zudem bedarf es der Implementierung eines effektiven und stationsübergreifenden Verlegungsmanagements. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass – unabhängig von einer Pandemie – ein effizientes Krisenmanagement vorhanden sein sollte, um die Patientenversorgung bei Personalknappheit sicherzustellen.

Summary

The spread of the SARS-CoV-2 virus and the associated increase the number of critically ill patients posed an extraordinary challenge to the German healthcare system. The pandemic demonstrated the effects of a drastic staff shortage in hospitals: existing intensive care beds could no longer be occupied, the staff felt overburdened and insecure, psychological stress increased, time pressure led to fatal errors in nursing and treatment, ultimately causing the staff to become ill and be unfit for work. Given the growing shortage of skilled workers, efficient absentee management is essential to main-

¹ Akademie für Gesundheitsberufe, Heidelberg
(Akademieleitung: F. Stawinski)

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsversorgung – Intensivpflege – Beschäftigungsverhältnisse – Pflegepersonal Krankenhaus – Arbeitsbelastung Pflegepersonal – Personalmanagement Pflege

Keywords

Healthcare Provision – Intensive Care – Employment Status – Hospital Nursing Staff – Staff Workload – Human Resources Management – Patient-centered Care

tain intensive medical and nursing care. Strategies to compensate for acute and short-term staffing shortages and to prevent them in the long term, are described here. The significance of different forms of flexibilisation of human resources is emphasised. Furthermore, the application of several instruments of dynamic deployment has been analysed, as well as other strategies to optimise intensive care capacities and to avoid an overload. Finally, the instruments that have proven to have a positive impact on healthcare structures and to be most feasible, must be preferred. Thus, effective absentee management can only be conducted when prioritising medical and nursing care as a first step. Better staffing levels may be expected if hospitals were to additionally rely on the implementation of concepts for replacement and counteracting staffing shortages. Concepts such as forming a pool of substitute staff or using alternative employment forms, for example, employee leasing, can be used complementarily. Strategies aiming at

interdisciplinary and crosssectoral staff deployment are expected to be of high potential when it comes to unburdening nursing staff. Furthermore, it is necessary to implement an effective and crossward transfer management. The results demonstrate that regardless of a pandemic, an efficient crisis management should be available in advance to ensure patient care in the event of staff shortages.

Einleitung

Die Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus und die damit verbundene Zunahme intensivpflichtiger Patient*innen stellte für das deutsche Gesundheitssystem eine außerordentliche Herausforderung dar. In Erwartung drohender intensivmedizinischer und -pflegerischer Versorgungsengpässe [1] wurden alle Kliniken deutschlandweit aufgefordert, ihre Zahl an betreibbaren Intensivbetten aufzustocken und planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe wenn möglich zu verschieben [2]. Dazu mussten vor

allem die personellen Kapazitäten im Intensivbereich erhöht und das gesamte zur Verfügung stehende medizinische und pflegerische Personal mit und ohne Intensivverfahren geschult und qualifiziert werden. Darüber hinaus war es notwendig, entsprechendes medizinisches Equipment, wie Beatmungsgeräte und Monitore, vorzuhalten und neues zu beschaffen [3]. Um die dadurch entstandenen wirtschaftlichen Konsequenzen für die Kliniken auszugleichen, hat die Bundesregierung einen gesetzlichen Schutzschirm erlassen, in dem festgehalten wurde, dass sie für jedes geschaffene Intensivbett einen Bonus von 50.000 Euro erhalten und eine Ausgleichszahlung für jedes für COVID-19-Patient*innen freigehaltene Bett erfolgt [4].

Zur Erfassung der verfügbaren und belegten Behandlungskapazitäten im Intensivbereich wird seitdem das 2020 von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) entwickelte „DIVI-Intensivregister“ genutzt. Betrachtet man

die Zeitreihe „Gesamtzahl gemeldeter Intensivbetten“ im DIVI-Intensivregister, so zeigt sich, dass zu Beginn der Pandemie 30.000 betreibbare Betten zur Verfügung standen, wovon etwas mehr als 10.000 Betten frei waren [5]. Als betreibbar gilt ein intensivmedizinischer Behandlungsplatz, wenn pflegerisches und ärztliches Personal vorhanden ist und für die Patientenversorgung eingesetzt werden kann [1]. Im Verlauf ist die Zahl der betreibbaren Betten auf circa 15.000 und die der freien Betten auf ungefähr 2.000 gesunken [5]. Diese Reduzierung der Bettenzahl hat mehrere Gründe und ist vor allem auf den Fachkräftemangel im Pflegebereich zurückzuführen. So wurde zu Beginn der Pandemie die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) ausgesetzt. Dies ermöglichte den Kliniken zunächst, das Intensivpersonal flexibler einzusetzen und somit mehr Patient*innen zu versorgen, als der gesetzliche Betreuungsschlüssel vorgibt. Seit dem Wiederinkrafttreten der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung zu Beginn des Jahres 2021 müssen die Kliniken sicherstellen, dass in der Tagsschicht maximal zwei Patient*innen und in der Nachtschicht maximal drei Patient*innen pro Fachkraft betreut werden. Dadurch versorgt eine Fachkraft weniger Patient*innen, was zu einer Reduktion der betreibbaren Betten geführt hat [6].

Zudem hat sich der Fachkräftemangel vor allem auf den Intensivstationen in den letzten Jahren massiv verschärft. Laut einer Umfrage haben sich mittlerweile 40 Prozent der Fachkräfte überlegt, ihren Beruf zu verlassen [7]. Schon vor Ausbruch der Pandemie bestand ein wachsender Fachkräftemangel im Pflegebereich, der Kliniken vor große Herausforderungen stellte. Die Forschungsinstitute gehen unter Einbeziehung verschiedener Aspekte wie demografischer Wandel, Pflegefallwahrscheinlichkeit sowie unterschiedliche Pflegereformen von einer weiteren Zunahme des Fachkräftemangels aus [8]. Beispielhaft ist hier das Gutachten des deutschen Krankenhausinstituts von 2019 zu nennen. Laut diesem ist 2030 bei positiver Entwicklung des Gesund-

heitszustands und zunehmender Lebenserwartung der Bevölkerung von einem Defizit von knapp 63.000 pflegerischen Vollkräften in den Krankenhäusern auszugehen [8].

Kliniken versuchen schon heute, den Pflegeberuf mit Hilfe verschiedener Lösungsansätze attraktiver zu gestalten und somit dem drohenden Personalengpass entgegenzuwirken. Dazu gehören familienfreundliche Arbeitsbedingungen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Gesundheitskonzepte sowie bessere Aufstiegschancen. Diese Maßnahmen zielen darauf ab, den Fachkräftemangel in der Pflege langfristig auszugleichen. Allerdings können sie akute Personalengpässe nur in sehr begrenztem Maße kompensieren.

Bereits vor der Pandemie existierten zahlreiche Instrumente und Strategien, die in dieser herausfordernden Zeit verstärkt zum Einsatz kamen, um die intensivmedizinische und pflegerische Versorgung trotz akuter kurzfristiger Personalengpässe sicherzustellen und die Patient*innen weiterhin zeitnah sowie angemessen zu behandeln.

Flexibilisierungsmethoden

Um dem Fachkräftemangel unmittelbar begegnen zu können, haben Kliniken die Möglichkeit, auf verschiedene Anpassungsstrategien zurückzugreifen, sogenannte Flexibilisierungsmethoden. Die Flexibilität des Personals gewann in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung und nimmt einen hohen Stellenwert für die strategische Ausrichtung einer Klinik ein [9]. Kliniken benötigen dementsprechend Mitarbeiter*innen, die je nach Bedarf in unterschiedlichen Abteilungen eingesetzt werden und häufig wechselnde Arbeitsaufgaben ausführen können [10]. Hinsichtlich dieser betrieblichen Anpassungsmechanismen kann zwischen interner und externer sowie zwischen numerischer und funktioneller Flexibilität personeller Ressourcen unterschieden werden. Als intern werden betriebliche Anpassungsprozesse bezeichnet, die sich auf die Personalpolitik innerhalb eines Unternehmens beziehen.

Dazu gehören beispielweise Veränderungen in der Arbeitsorganisation, ein bereichs- und abteilungsübergreifender Personaleinsatz, flexible Arbeitszeitmodelle, Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen oder ein strukturiertes Onboarding [9]. Die externe Flexibilisierung hingegen umfasst Maßnahmen, die auf den externen Arbeitsmarkt zurückgreifen, indem Arbeitsaufträge oder ganze Unternehmensteile an Subunternehmer vergeben oder Arbeitskräfte mittels Arbeitnehmerüberlassung zeitweise beschäftigt werden [11]. Die numerische Flexibilität umfasst flexible Arbeitssysteme wie Gleitzeit oder Teilzeit und zum anderen Maßnahmen, um die Anzahl der eingesetzten Mitarbeiter*innen schnell an Nachfrageschwankungen anpassen zu können. Die funktionelle Flexibilität bezieht sich auf qualitative Aspekte. Sie ist umso höher, je besser und umfassender die Beschäftigten qualifiziert sind und somit neue Arbeitsaufgaben und -positionen übernehmen können [9].

Die Flexibilisierungsmethoden sind nicht beliebig kombinierbar und von verschiedenen personalpolitischen Entscheidungen abhängig. Diese umfassen neben der Anpassungsfähigkeit der Beschäftigten an wirtschaftliche Diskontinuitäten die Verfügbarkeit qualifizierter Arbeitskräfte sowie die Leistungs-, Kooperations- und Innovationsbereitschaft des Personals. Zudem kann sich der Ausbau der Flexibilisierungsmethoden negativ auf die Motivation und Mitarbeiterzufriedenheit auswirken, da sie zum Teil zu einer Verschlechterung der Integration und Teambildung führen [11].

Instrumente und Strategien zur Aufrechterhaltung der intensivmedizinischen und -pflegerischen Versorgung

Um akute Personalengpässe zu kompensieren und sicherzustellen, dass genügend Mitarbeiter*innen für die intensivmedizinische und -pflegerische Versorgung der Patient*innen bereitstehen, ist ein verlässliches Ausfallmanagement unerlässlich. Während der COVID-

Pandemie haben sich in den Kliniken Strategien und Konzepte etabliert, die ein effektives stationsübergreifendes Krisenmanagement ermöglichen. Eine sinnvolle Staffelung dieser Strategien kann in einer Entscheidungskaskade festgehalten werden (Anhang).

Einschränkung und Priorisierung der pflegerischen und medizinischen Versorgung

Wenn ein Personalausfall eintritt, ist oft nicht klar, inwieweit dieser auch tatsächlich ersetzt werden muss. Denn grundsätzlich bedeutet eine Unterschreitung der Soll-Besetzung nicht zwangsläufig, dass für einzelne Dienste eine Vertretung gesucht werden muss. Dies ist abhängig von verschiedenen Faktoren wie dem aktuellen Arbeitsaufkommen, der fachlichen Expertise der jeweiligen Schichtbesetzung und der Anzahl der zu betreuenden Patient*innen. Ist in solchen Situationen eine Vertretung nicht möglich oder notwendig, entwickelt sich oft folgende Problematik: Obwohl beispielweise zwei Kolleg*innen erkrankt sind, versuchen die verbliebenen Mitarbeiter*innen aus Pflichtgefühl das Leistungsniveau der Versorgung aufrechtzuerhalten. Diese hohe Arbeitsbelastung und der ständige Zeitdruck führen aber zwangsläufig zu Erschöpfung und Überforderung einzelner Mitarbeiter*innen [12]. Im Falle eines kurzfristigen Personalausfalls kann eine erste Maßnahme sein zu evaluieren, wie die knappen Personalressourcen sparsamer und effizienter eingesetzt werden können. Konkret bedeutet das, die Versorgung zu priorisieren, also dringende, sofort zu erledigende Aufgaben von weniger wichtigen zu unterscheiden und gleichzeitig ein sicheres Versorgungsniveau zu halten [13].

In einem übergeordneten Konzept zur Prioritätensetzung sollte festgehalten werden, welche Aufgaben vorrangig erledigt werden sollen und absolut notwendig sind, welche wichtig sind, aber später erledigt werden können, und welche wünschenswert, aber nicht notwendig sind. Dabei soll über die Ausführung von Routineaufgaben oder be-

rufsfremden Arbeiten, die nur indirekt die Patientenversorgung betreffen, entschieden werden [13].

Als Beispiel eines solchen Priorisierungskonzepts ist die „Positivliste“ der neurologischen Intensivstation der Universitätsklinik Heidelberg zu nennen. Hierbei werden die Aufgaben in vier Stufen eingeteilt. Diese lauten: „wichtig, nicht weglassen“, „wichtig, aber planbar“, „falls möglich delegieren“ und „nicht dringlich, weglassen“. Stufe 1 beinhaltet hierbei Maßnahmen, die sofort und immer zu erledigen sind wie der Patienten- und Zimmercheck, die medikamentöse Therapie, die Dokumentation der Vitalparameter oder die Kontrolle des Notfall equipments. In Stufe 2 sind Maßnahmen festgelegt, die zeitnah, aber planbar durchgeführt werden können. Hierzu gehören zum Beispiel die Patientenübernahme aus dem OP, Verbandswechsel, Routinelabor oder die Mobilisation der Patient*innen. Maßnahmen der dritten Stufe wie die Verantwortung für das Stationstelefon sollen nach Möglichkeit an andere Berufsgruppen delegiert werden. Die vierte Stufe der „Positivliste“ umfasst Maßnahmen, die nicht dringlich sind und deshalb entfallen können, beispielsweise die gemeinsame Übergabe.

Ein solches Priorisierungskonzept kann in Situationen, in denen die Soll-Besetzung unterschritten wird, kurzfristig zur Aufrechterhaltung der Versorgung herangezogen werden und führt zur Entlastung der Mitarbeiter*innen auf der Entscheidungs- und Durchführungsebene. Keinesfalls darf dieses dauerhaft zur Anwendung kommen, sondern sich nur auf Ausnahmesituationen beziehen, die zeitlich befristet werden.

Bildung eines Mitarbeiterpools

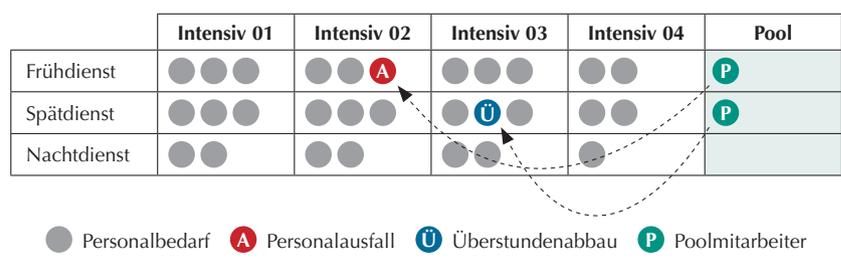
Ein wesentliches Instrument des Personalausfallmanagements zur Vermeidung von Bettenschließungen ist der Aufbau eines Mitarbeiterpools. Dieser besteht aus einem festen Team von Fachkräften, welche nicht einer Abteilung zugeordnet sind, sondern je nach Bedarf zwischen verschiedenen Stationen rotieren. Abbildung 1 zeigt eine beispielhafte Darstellung des Mitarbeiterpoolkonzepts [14,15].

Die Zielsetzung des Mitarbeiterpools ist es, kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle zu kompensieren sowie mittel- und langfristige Personalengpässe planbar zu vermeiden [16]. Zudem kann die Leitung anderen Aufgaben wie Personal- und Organisationsentwicklung sowie Qualitätssicherung nachgehen, da sie weniger Zeit für die Suche nach einem adäquaten Ersatz aufbringen muss [17]. Poolmodelle sind bundesweit in vielen Kliniken verankert. Dabei kann eine Aufteilung nach verschiedenen Qualifikationsportfolios, Arbeitsgebieten, Spezialisierungen und Einsatzzeiträumen sinnvoll sein.

Langzeitpool: Die Poolmitarbeiter*innen werden für eine Einsatzdauer von ein bis drei Monaten in der jeweiligen Abteilung eingesetzt, um mittel- und langfristige Ausfälle wie längere Krankheit, Elternzeit oder Sonderurlaub zu kompensieren [16].

Kurzzeitpool: Die Mitarbeiter*innen werden in der Regel für ein bis drei Tage in dem jeweiligen Einsatzbereich eingesetzt. Sie kompensieren kurzfristige und ungeplante Personalausfälle, aber

Abbildung 1



Darstellung des Mitarbeiterpoolkonzepts (in Anlehnung an [15]).

auch eine akute Zunahme der Leistungsdichte, oder ermöglichen den Überstundenabbau des Stammpersonals [14,16].

Aushilfspool: Der Aushilfspool besteht meist aus studentischen Hilfskräften mit Praxiserfahrung in der Patientenversorgung, die in der Regel Hilfstätigkeiten oder Sitzwachen übernehmen. Sie werden in allen Abteilungen und Stationen eingesetzt [15,16].

Anästhesie- und Intensivpool: Der Einsatzbereich umfasst die Funktionseinheiten Anästhesie, Intensivmedizin, Intermediate-Care und zentrale Notaufnahme. Für die optimale Patientenversorgung werden eine hohe Fachkompetenz, spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten sowie eine langjährige Berufserfahrung in den Bereichen der Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin gefordert. Aufgrund des spezifischen und komplexen Aufgabenbereichs ist es wünschenswert, dass diese Fachkräfte eine Fachweiterbildung der Anästhesie und Intensivpflege absolviert haben [17].

Grundsätzlich ist eine Kombination verschiedener Poolmodelle möglich [15]. So kann es einen Kurzzeitpool „Anästhesie und Intensiv“ geben, um kurzfristige Personalausfälle in diesen Funktionseinheiten zu kompensieren und einen Langzeitpool „Anästhesie und Intensiv“ für mittel- und langfristige Personalausfälle [16].

Die Kalkulation einer Poolgröße hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zunächst ist es sinnvoll, neu geschaffene Stellen nicht dem bestehenden Personalbestand der Stationen hinzuzurechnen, sondern in den Mitarbeiterpool zu integrieren. Dies hat den Effekt, dass der Aufbau eines Mitarbeiterpools nicht als Umschichtung von Stellenkapazitäten, sondern als Erweiterung des Personalbestandes gesehen wird [15]. Die Gesamtzahl der benötigten Mitarbeiter*innen hängt von einer korrekt berechneten Ausfallquote ab. In der Regel kann von einer Ausfallquote – bedingt durch Urlaub, Fortbildungen, Beschäftigungsverbote, fluktuationsbedingte Besetzungslücken, geplanten und ungeplanten Krankheitsausfall – von 20 bis 22 Prozent ausgegangen werden [14]. Für den Aufbau

eines Springerpools erscheint somit – abhängig von der Ausfallquote – eine Poolgröße von 4 bis 10 Prozent der gesamten Fachkräfte sinnvoll, wobei der größere Wert eher für kleinere Kliniken mit weniger Mitarbeiter*innen und damit niedrigerer Flexibilität und der kleinere Wert eher für größere Kliniken zu veranschlagen ist [15]. Um die Verteilung und Einsatzplanung der Mitarbeiter*innen bedarfsgerecht zu ermitteln, erfolgt die Organisation über eine eigene Poolleitung, welche zugleich die Koordination der Einsatzplanung der Poolmitarbeiter*innen übernimmt [18].

Um Fachkräfte für den Mitarbeiterpool zu gewinnen, müssen attraktive Rahmenbedingungen und Anreizsysteme geschaffen werden. Dazu gehören vor allem:

- Flexible Regelungen der Arbeitszeit
- Verbindliche Planungssicherheit bei der Personaleinsatzplanung
- Sichere Urlaubsplanung und zusätzlicher Urlaub pro Jahr [18]
- Kommunikation auf Augenhöhe
- Wertschätzender Umgang
- Regelmäßige Personalgespräche
- Fort- und Weiterbildung zur Förderung der persönlichen und beruflichen Entwicklung [16]
- Leistungsorientierte außertarifliche Bezahlung, z. B. Poolzulage, Leistungszulage, Flexibilitätzzulage [19]

Die Arbeit im Pool ist vor allem für Fachkräfte interessant, die gerne in verschiedenen Abteilungen und bereichsübergreifend arbeiten [18]. Von ihnen wird ein hohes Maß an Einsatzflexibilität, Engagement und Belastbarkeit vorausgesetzt. Hinzu kommen weitere Eigenschaften wie berufliche Handlungskompetenz, Selbstsicherheit, Anpassungsfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein, Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit sowie Planungs- und Organisationsvermögen [16]. Die Anstellung in einem Mitarbeiterpool hat Vor- und Nachteile: Durch den permanenten Wechsel der Einsatzorte verfügen die Mitarbeiter*innen über umfangreiche Erfahrung und Know-how. Sie sind meist hochqualifiziert und können aufgrund

der Kenntnis verschiedener Abteilungen der Betriebsblindheit und Monotonie vorbeugen und Probleme in Arbeitsabläufen leichter erkennen. Nachteil ist, dass eine Zugehörigkeit und Integration in ein Team durch den permanenten Wechsel nicht erreicht wird [15,16].

Arbeitnehmerüberlassung in der Intensivpflege

Gesundheitseinrichtungen sind durch die Ökonomisierung im Gesundheitswesen, die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und den zunehmenden Wettbewerb einem wachsenden Druck ausgesetzt, ihre Kosten zu senken und Rationalisierungsmaßnahmen vorzunehmen [20]. Diese Kostensenkungen wurden größtenteils durch Einsparungen im kostenintensiven Pflegebereich realisiert, was zu einem Abbau von Pflegestellen und zunehmendem Personalmangel geführt hat. Auswirkungen zeigen sich vor allem auf den Intensivstationen und Intermediate-Care-Stationen, wo wegen fehlendem Personal eine optimale und adäquate Patientenversorgung nicht mehr sichergestellt werden kann [21]. Diese Entwicklung hat die Kliniken dazu veranlasst, zunehmend auf Arbeitnehmerüberlassung zurückzugreifen. Der Ausdruck Leih- oder Zeitarbeit wird hierbei häufig als Synonym für einen zeitlich befristeten Einsatz von externen Mitarbeiter*innen verwendet, welche durch eine Personalagentur vermittelt werden [22,23].

Immer mehr Fachkräfte entscheiden sich gegen eine Festanstellung in einer Klinik und für eine Beschäftigung über eine Personalagentur. Waren es im Jahr 2014 noch 12.000 Beschäftigte in der Leiharbeit, so stieg die Zahl auf 22.000 im Jahr 2018. Die Gründe sind vielfältig und unterscheiden sich in einigen Punkten von der sonst üblichen Arbeitnehmerüberlassung der Industriebranche. Leiharbeiter*innen in Gesundheits- und Heilberufen erhalten meist bessere Konditionen wie freie Urlaubsgestaltung, verlässliche Dienstpläne, flexible Arbeitszeiten und überdurchschnittliche Löhne [24]. Zudem können sich Fachkräfte in der Arbeitnehmerüberlassung von den hohen Anforderungen und Belastungen

im Beruf besser distanzieren, da weniger fachlich anspruchsvolle Zusatzaufgaben an sie delegiert werden und sie teilweise nicht im gleichen Umfang wie das Stammpersonal bei kritisch kranken Patient*innen eingesetzt sind. Die Arbeitnehmerüberlassung bietet somit ein attraktives Beschäftigungsmodell, welches ermöglicht, eine Verbesserung der „Work-Life-Balance“ herzustellen [21, 24]. Auch die Nutzungsmotive der Kliniken für den Einsatz von Leiharbeitnehmenden unterscheiden sich von denen der anderen Branchen. Während Unternehmen in der Industrie hierdurch den Personalbestand an Nachfrageschwankungen anpassen, die Kosten und das Beschäftigungsrisiko reduzieren sowie kurzfristige Personalengpässe kompensieren wollen [9], setzen die Kliniken die Arbeitnehmerüberlassung als Mittel zur Aufrechterhaltung der Patientenversorgung bei bereits länger bestehender Personalknappheit ein [20]. So soll verhindert werden, dass Krankenhausbetten gesperrt werden müssen und Umsatzeinbußen entstehen. Hinzu kommt, dass durch den Einsatz von Leiharbeiter*innen Urlaub und Abbau von Überstunden beim Stammpersonal realisiert werden können [24]. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Zugang zu externem Wissen zu erhalten, da die Leiharbeiter*innen durch ihre wechselnden Einsatzorte in der Regel die „Best Practices“ verschiedener Kliniken kennen [22].

Neben den Vorteilen, die die Arbeitnehmerüberlassung bieten kann, ergeben sich auch zahlreiche negative Auswirkungen. Für Kliniken birgt die Organisation von Mitarbeiter*innen aus der Arbeitnehmerüberlassung einen hohen zeitlichen und administrativen Aufwand [18]. Vor allem im Intensiv- und Überwachungsbereich ist die Nachfrage nach Fachkräften mit spezialisierten Fachqualifikationen sehr hoch, da hier kaum auf Personal aus anderen Bereichen der Kliniken zurückgegriffen werden kann [20]. Vermittleragenturen können diesen Bedarf nur bedingt abdecken, weil sie nur über ein geringes Kontingent an Mitarbeiter*innen mit gewünschter Fachqualifikation verfügen. Festzuhalten ist,

dass – durch die fehlende Kompetenz und das fehlende Wissen bezüglich Standardprozeduren und Arbeitsabläufen der jeweiligen Klinik – die Leiharbeiter*innen nur inadäquat und unvollständig in klinische und betriebliche Abläufe eingebunden werden und keine fachlich anspruchsvollen Prozesse übernehmen können. Eine intensive Einweisung und Einweisung in die gängigsten Standards der Station ist mit einem großen zeitlichen Arbeitsaufwand verbunden und nur in Ansätzen realisierbar. Somit bleibt die Hauptverantwortung beim Stammpersonal der Klinik [18].

Nicht selten zeigt sich außerdem, dass durch die direkte Konfrontation mit den Vorteilen der Arbeitnehmerüberlassung Fachkräfte des Stammpersonals ihre Arbeitszeit reduzieren oder kündigen, um sich selbst in einer Vermittleragentur anstellen zu lassen. Auf diese Weise erhalten die Kliniken keine neuen Mitarbeiter*innen, sondern verlieren wertvolle kompetente Fachkräfte und erleiden einen Qualitäts- und Imageschaden durch ständig wechselnde Teams [24]. Das Stammpersonal muss meist die weniger beliebten Dienste am Wochenende oder in der Nacht abdecken, da sich die Fachkräfte der Leiharbeit auf Grund ihrer Verträge ihre Wunscharbeitszeit aussuchen können [22]. Auch die unterschiedlichen Arbeitsweisen sowie Wissens- und Erfahrungshintergründe können zu einer Isolation vom restlichen Team führen und die Zusammenarbeit negativ beeinflussen [20]. Folgen sind Frustration beim eigenen Personal und eine angespannte Atmosphäre im Team.

Eng verknüpft mit der dargestellten Unzufriedenheit und den Vorbehalten gegenüber den Mitarbeiter*innen der Arbeitnehmerüberlassung ist der Aspekt der Entlohnung. So wird die übertarifliche Bezahlung der Leiharbeitskräfte von internen Mitarbeiter*innen bei gleicher Arbeitszeit und oft geringerer Verantwortung als deutlich zu hoch angesehen. Dagegen sehen die externen Mitarbeiter*innen – in Anbetracht der von ihnen erwarteten Flexibilität, der überdurchschnittlichen beruflichen Belastung und der Ausbildung – ihre Entlohnung als gerechtfertigt an [22]. Für die Kliniken

bedeutet der Einsatz von Leiharbeit also eine höhere finanzielle Belastung. Laut einer Umfrage des deutschen Krankenhausinstituts von 2022 waren die Personalkosten für Fachkräfte der Arbeitnehmerüberlassung um 92 Prozent höher als bei festangestellten Mitarbeitern einer Klinik [25].

Die Qualität der Arbeit und die Akzeptanz der Leiharbeiter*innen im Team hängt von verschiedenen Einflussfaktoren ab. Bei guter Qualifikation, individuellen Fähigkeiten sowie langjähriger Erfahrung und gleichzeitig längerfristigen Einsätzen an einem Einsatzort ist im gleichen Umfang wie beim Stammpersonal eine Versorgung aufwendigerer und kritisch kranker Patient*innen durch die Leiharbeiter*innen möglich, wodurch letztendlich auch die konstruktive Zusammenarbeit und Integration ins Team gefördert werden.

Fach- und bereichsübergreifender Personaleinsatz

Trotz der vielfältigen Möglichkeiten, auf Personalausfälle zu reagieren, greifen viele Leitungen zunächst auf gewohnte Verhaltensmuster zurück und suchen im eigenen Stammpersonal nach einem Ersatz. Durch die hohe Belastung und massive Anzahl an Überstunden, die Fachkräfte aktuell anhäufen, ist dieses Vorgehen zunehmend kontraproduktiv. Die Bereitschaft zum Einspringen ist rückläufig und führt immer mehr zu Frustration und Unmut beim Personal. Zudem müssen Leitungen einen hohen zeitlichen Aufwand betreiben, um Ersatz zu organisieren [12].

Im Laufe der letzten Jahre haben solche Ausfallzeiten vor allem auf den Intensivstationen deutlich zugenommen. Kliniken müssen deshalb neben der technischen Erweiterung auch ihre personellen Kapazitäten ausbauen. Diesbezüglich erscheint die Rekrutierung und Qualifikation sämtlicher Personalressourcen mit und ohne Intensivverfahren sinnvoll. Ziel ist es, durch die Einbindung aller zur Verfügung stehender Berufsgruppen und unter Einbeziehung aller Ressourcen eine möglichst hohe Versorgungsqualität in dem kritischen Klinikbereich „Inten-

sivstation“ sicherzustellen und gleichzeitig eine Erweiterung notwendiger Intensivkapazitäten zu ermöglichen.

Das in den folgenden Abschnitten vorgestellte Konzept zeigt einen möglichen Ansatz, Personal, das bislang nur eingeschränkt oder gar nicht in der therapeutischen und/oder pflegerischen Versorgung von Intensivpatienten eingesetzt ist, gezielt zu schulen und die erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Oberste Priorität hat hierbei die optimale intensivmedizinische und -pflegerische Versorgung der Patient*innen und der Schutz der Gesundheit der Mitarbeiter*innen [26,27]. Die Festlegung der Therapie und Versorgung bleiben in jedem Fall in der Verantwortung der zuständigen Fachkraft für Anästhesie und Intensivpflege und dem ärztlichen Team der Intensivstation [28].

Phase 1 – Kategorisierung der Personalressourcen

Zunächst sollte eine organisations- und strukturbezogene Analyse des notwendigen Personalbedarfs durchgeführt werden. Hierbei erfolgt sowohl eine Identifikation der benötigten Personalressourcen als auch eine Festlegung der spezifischen Einsatzbereiche für das zu qualifizierende Personal. Die Herausforderung besteht darin, trotz des fach- und bereichsübergreifenden Personaleinsatzes den bestmöglichen „Care-Mix“ aus den unterschiedlich ausgebildeten Mitarbeiter*innen zu finden und gleichzeitig eine hohe Versorgungsqualität zu garantieren [29].

Die unterstützenden Mitarbeiter*innen werden unter Berücksichtigung ihrer Vorkenntnisse und Berufsqualifikation hierfür in verschiedene Kategorien eingeteilt (Tab. 1).

Die DIVI hat einen Step-up-Stufenplan veröffentlicht, anhand dessen der Einsatz der verfügbaren Personalressourcen bei Versorgungsengpässen geplant werden und erfolgen kann [30]. Abbildung 2 wurde in Anlehnung daran erstellt.

Phase 2 – Neuordnung der Aufgabebereiche unter Berücksichtigung der unterstützenden Berufsgruppen

In der zweiten Phase wird ermittelt, welche Tätigkeiten an andere Berufsgruppen

übertragen werden können. Zunächst wird zwischen Tätigkeiten unterschieden, welche ausschließlich von Fachkräften mit Intensivfahrung ausgeführt werden dürfen, und solchen, die nach einer Schulung von anderen Berufsgruppen übernommen werden können. In der Verantwortung der Fachkräfte mit Intensivfahrung liegen beispielsweise die Überwachung und Beobachtung der Patient*innen [31] sowie heilkundliche und hochspezialisierte Tätigkeiten, für

die eine hohe Handlungskompetenz und Autonomie erforderlich sind. Diese sind zum Beispiel die Steuerung der Entwöhnung von der Beatmung, die vitale Stabilisierung der Patient*innen bei Verschlechterung, die Notfallversorgung oder die Beteiligung bei Therapieentscheidungen [32].

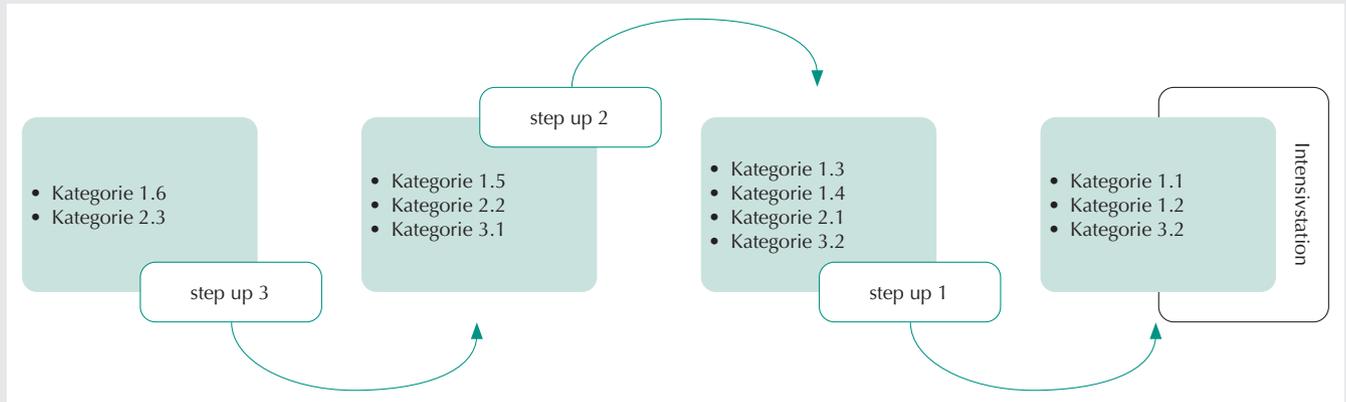
Zusätzlich erfolgt eine Einteilung in patientennahe und -ferne sowie stationsinterne und -übergreifende Tätigkeiten (Tab. 2). Grundsätzlich muss aber jede

Tabelle 1

Kategorisierung der Personalressourcen nach Berufsqualifikation und Einsatzbereich in der Intensivversorgung [26–28,30,41].

<p>Kategorie 1: Pflegefachpersonen Mit unterschiedlicher Berufserfahrung und Ausbildung im Intensivbereich</p>
<p>1.1 Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Von anderen Intensivstationen • Selbständige Versorgung von Intensivpatient*innen nach Einweisung
<p>1.2 Pflegefachpersonen ohne Fachweiterbildung, aber Berufserfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Von anderen Intensivstationen • Selbständige Versorgung nach kurzer Einweisung
<p>1.3 Ehemalige Pflegefachpersonen (mit/ohne Fachweiterbildung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berufserfahrung im Intensivbereich • Selbständige Versorgung nach kurzer Einweisung und Einarbeitung
<p>1.4 Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung im Überwachungsbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Von IMC-Stationen und Funktionsbereichen, wie Anästhesie und Notfallambulanz • Einsatz nach Schulungsmaßnahmen und Einarbeitungsphase
<p>1.5 Pflegefachpersonen ohne Fachweiterbildung und ohne Berufserfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Von peripheren Stationen und anderen Funktionsbereichen • Unterstützung in der direkten Patientenversorgung
<p>Kategorie 2: Medizinisch ausgebildete Berufsgruppen Ausbildung und Qualifikation mit Schnittstellen zur Intensivpflege, Überwachung und Notfallversorgung</p>
<p>2.1 Anästhesie-technische Assistenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung des Fachpersonals in der direkten Patientenversorgung • Übernahme der Versorgung (freiwillig) von stabilen Intensivpatient*innen je nach Berufserfahrung • Übernahme- und Durchführungsverantwortung unter Beachtung der persönlichen Qualifikationen
<p>2.2 Fachkräfte aus dem Pflegedienst</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung in der direkten Patientenversorgung auf Intensivstation • Assistenz bei invasiven Prozeduren und innerklinischer Notfallversorgung • „Blended-Learning-Konzept“ für Einsatz auf Intensivstationen bereits vorhanden
<p>2.3 Medizinische Fachangestellte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primär für assistierende Tätigkeiten im ärztlichen Dienst zuständig • Unterstützung in der Patientenversorgung nach Schulungsmaßnahmen
<p>Kategorie 3: Studierende der Medizin mit abgeschlossener Ausbildung zur Pflegefachperson</p>
<p>3.1 Studierende ohne Intensivfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung des Fachpersonals in der direkten Patientenversorgung • Assistenz bei invasiven Prozeduren und Tätigkeiten im ärztlichen Dienst
<p>3.2 Studierende mit Intensivfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berufserfahrung im Intensivbereich • Selbständige Versorgung nach kurzer Einweisung und Einarbeitung

Abbildung 2



Beispielhafter Step-up-Stufenplan Personaleinsatz (in Anlehnung an [30]).

Kategorie 1.1 – Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivpflege, **Kategorie 1.2** – Pflegefachpersonen ohne Fachweiterbildung, aber mit Berufserfahrung, **Kategorie 1.3** – ehemalige Pflegefachpersonen (mit/ohne Fachweiterbildung), **Kategorie 1.4** – Pflegefachpersonen mit Berufserfahrung im Überwachungsbereich, **Kategorie 1.5** – Pflegefachpersonen ohne Fachweiterbildung und ohne Berufserfahrung, **Kategorie 1.6** – Pflegeassistent*innen, **Kategorie 2.1** – Anästhesie-technische Assistenz, **Kategorie 2.2** – Fachkräfte aus dem Rettungsdienst, **Kategorie 2.3** – medizinische Fachangestellte, **Kategorie 3.1** Studierende ohne Intensivverfahren, **Kategorie 3.2** – Studierende mit Intensivverfahren.

Klinik selbst definieren, welche Qualifikationen für intensivmedizinische und pflegerische Aufgaben erforderlich sind [33].

Phase 3 – Schulungskonzept entwickeln und etablieren

In der letzten Phase wird ein zielorientiertes Schulungs- und Einarbeitungskonzept entwickelt und etabliert, in dem das Personal verschiedener Berufsgruppen effizient geschult und qualifiziert wird. Dabei werden folgende Aspekte berücksichtigt:

- Welche Aufgabenfelder können delegiert werden?
- An wen werden sie delegiert?
- Welche Qualifikationen sind vorhanden und notwendig?
- Welche Freiräume entstehen für die Fachkräfte zur therapeutischen und/oder pflegerischen Versorgung von Intensivpatient*innen [14]?
- Welche theoretischen und fachpraktischen Schulungsinhalte werden vermittelt?
- Welche Schulungsmethoden werden eingesetzt [30]?

Zusätzlich zur inhaltlichen Schulung sollte eine Rollenklärung dahingehend erfolgen, wer die Umsetzung des Trainings und der Qualifizierung übernimmt. In der S1-Leitlinie „Empfehlun-

Tabelle 2

Neuordnung der Aufgabenbereiche unter Einbeziehung unterstützender Berufsgruppen [30,31,33].

Kategorie der Tätigkeit	Beispielhafte Aufgaben	Ausführende Berufsgruppen
Patientennahe stationsinterne Tätigkeiten	Aufgaben mit direktem Patientenkontakt, wie kardiozirkulatorisches und respiratorisches Monitoring, Assistenz bei der Patientenversorgung und invasiven Maßnahmen (Blutentnahmen, Venenzugänge)	Anästhesietechnische Assistent*innen, Notfall-sanitäter*innen, Studierende mit Intensivverfahren
Patientenferne stationsinterne Tätigkeiten	Organisatorische Aufgaben ohne Patientenkontakt, z. B. Dokumentation, Materialbeschaffung	Anästhesietechnische Assistent*innen, Pflege-assistent*innen, Medizinische Fachangestellte
Patientennahe stationsübergreifende Tätigkeiten	Aufgaben, die über die Station hinausgehen, z. B. Organisation von medizinischen Untersuchungen und Patiententransporte, klinische Notfallversorgung	Anästhesietechnische Assistent*innen, Notfall-sanitäter*innen, Studierende mit Intensivverfahren
Patientenferne stationsübergreifende Tätigkeiten	Logistische Aufgaben ohne direkten Patientenkontakt, wie Hol- und Bringdienste	Notfallsanitäter*innen, Pflege-assistent*innen, Medizinische Fachangestellte

gen zu Schulungen von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen bei Einsatz während der COVID-19-Pandemie“ wird darauf hingewiesen, dass die Schulungsmaßnahmen von erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzten einer klinischen Disziplin (z. B. Anästhesiologie, Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie) mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin sowie Pflegefachpersonen mit Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie

durchgeführt werden sollten, welche bereits Erfahrung in der Aus-, Weiter- oder Fortbildung haben und über eine didaktische Zusatzqualifikation verfügen. Außerdem müssen Lern- und Qualifizierungsmethoden definiert werden [28].

Das Schulungssystem kann in Form von modularen Lerneinheiten aufgebaut werden, in die alle Berufsgruppen gleichermaßen eingebunden sind (Tab. 3).

Tabelle 3

Beispielhafte Visualisierung von Personalschulungen.

Kategorien	Leineinheiten (LE)
Pflegefachpersonen Kategorie 1.5	LE A + C2 + D + F
Pflegeassistent*innen Kategorie 1.6	LE A + B
Medizinische Berufsgruppen Kategorie 2.1	LE A + B + C1 + C2 + D + F
Medizinische Berufsgruppen Kategorie 2.2	LE A + B + C1 + C2 + D + F
Studierende der Medizin Kategorie 3	LE A + C2 + D + F

Kategorie 1.5 – Pflegefachpersonen ohne Fachweiterbildung und ohne Berufserfahrung auf der Intensivstation, **Kategorie 1.6** – Pflegeassistent*innen, **Kategorie 2.1** – Anästhesietechnische Assistenz, **Kategorie 2.2** – Fachkräfte aus dem Rettungsdienst, **Kategorie 3** – Studierende der Medizin mit abgeschlossener Ausbildung zur Pflegefachperson.

Lerneinheit A – Infektiologie und Krankenhaushygiene, **Lerneinheit B** – Anwendung grundpflegerischer Tätigkeiten, **Lerneinheit C1** – Einführung in die Intensivstation – Theorie, **Lerneinheit C2** – Einführung in die Intensivstation – Praxis, **Lerneinheit D** – spezielle intensivmedizinische und -pflegerische Maßnahmen, **Lerneinheit F** – Umgang mit Medizinprodukten [28,30,31].

In den einzelnen Lerneinheiten werden sowohl theoretische als auch fachpraktische Themen in Form von Vorträgen, Lern-Videos und praktischen Übungen aufgearbeitet [28]. Folgende Inhalte können beispielhaft bearbeitet werden:

Lerneinheit A – Infektiologie und Krankenhaushygiene

Lerneinheit B – Anwendung grundpflegerischer Tätigkeiten

Lerneinheit C – Intensivstation

- **C1** Einführung in die Intensivstation – Theorie
- **C2** Einführung in die Intensivstation – Praxis

Lerneinheit D – Spezielle intensivmedizinische und -pflegerische Maßnahmen

Lerneinheit F – Umgang mit Medizinprodukten [28,30,31]

Klinikinternes Verlegungsmanagement

Kommt es zu Situationen, in denen die intensivmedizinischen Ressourcen nicht ausreichen, muss unausweichlich darüber entschieden werden, welche Patient*innen eine intensivmedizinische Behandlung benötigen, welche behandelt werden können, welche keine intensivmedizinische Behandlung benötigen und welche nicht behandelt werden können. Bei einem Mangel an Kapazitäten können folglich folgende Entscheidungssituationen entstehen:

- Keine intensivmedizinischen Ressourcen verfügbar, aber Verlegungsoptionen auf Intermediate-Care-Stationen möglich
- Keine intensivmedizinischen Ressourcen verfügbar, aber Verlegungsoptionen auf Normalstationen möglich
- Keine intensivmedizinischen Ressourcen verfügbar, aber Ressourcen in der zentralen Notaufnahme vorhanden (z. B. temporäre Beatmungstherapie bis zur Verlegung) [34]

Sind alle Intensivbetten belegt und gibt es keine kurzfristige Verlegungsoption, besteht das Risiko, dass die Patient*innen nicht zeitgerecht auf einer Intensivstation aufgenommen und versorgt werden können [35]. Gründe für eine verzögerte Verlegung von der Intensivstation auf andere Stationen sind vielfältig: fehlende Kapazitäten auf Normalstation, verlängerte Verweildauer der Patient*innen ohne relevante intensivmedizinische Behandlung, Zweifel und Vorbehalte durch Unerfahrenheit und Unsicherheit des Behandlers [36], verzögerte Terminvereinbarung durch mangelnde Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen oder zwischen einzelnen Stationen sowie der Mangel an qualifiziertem Personal auf der peripheren Station [35]. Kommt es zu einem Engpass der Intensivbetten, sind die handelnden Ärzt*innen unter Umstän-

den gezwungen, Patient*innen zu verlegen, welche für eine Verlegung noch gar nicht geplant waren. Vor allem nachts und an Wochenenden mit einer niedrigen Personalbesetzung sind solche Verlegungen häufig zu beobachten [37]. Jedoch birgt solch eine frühzeitige Verlegung das Risiko einer ungeplanten Rückübernahme dieser Patient*innen, was zu einer verlängerten Gesamtliegedauer, zu einer erhöhten Mortalität und Morbidität [36] und zu einem erhöhten Versorgungsaufwand führt [37]. Aber auch eine verlängerte Liegedauer ohne intensivmedizinische Notwendigkeit erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme auf die Intensivstation und ist nicht vorteilhaft für die Patient*innen. So erhöht sich das Infektionsrisiko, das Risiko für Schlafstörung und Delir [35] sowie das Risiko einer Übertherapie. Zur Bereitstellung freier Intensivkapazitäten ist ein effektives Verlegungsmanagement mit standardisierten Verlegungskriterien dringend erforderlich. Ziel ist es, die richtigen Patient*innen zum richtigen Zeitpunkt zu verlegen, ohne dass die Gefahr einer Wiederaufnahme auf die Intensivstation besteht [36] und eine Überlastung der Intensivkapazitäten droht.

Ressourcenallokation

Die Basis eines effektiven Verlegungsmanagements ist die Kenntnis des benötigten Bedarfs an freien Intensivbetten pro Tag [35] und des aktuellen Betreuungsschlüssels, von dem die mögliche Anzahl an belegbaren Intensivbetten abhängig ist [38]. Die Bedarfsplanung der benötigten Intensivbetten hängt von einer Reihe verschiedener fachabteilungsübergreifender Faktoren ab. So müssen Kriterien wie freie Betten auf Normalstation, verzögerte Terminvereinbarungen für diagnostische und therapeutische Prozeduren, Auslastung der zentralen Notaufnahme und aktuelle Belegungssituation der Intensivstation [35] in die Prognose für den Bedarf an freien Intensivbetten einbezogen werden [39]. Ist eine Verlegung auf Normalstation angedacht, sollte man sich zunächst einen Überblick über stationspezifische Strukturen verschaffen. Dazu gehören

beispielsweise die Qualifikation und Erfahrung des pflegerischen und ärztlichen Personals, die aktuelle Schichtbesetzung, die technische Ausstattung und die Entscheidung, ob begonnene Therapien fortgesetzt werden können [40].

Entlass- und Verlegungskriterien

Grundsätzlich sollte die Verlegungsfähigkeit der Patient*innen interdisziplinär und fachübergreifend im gesamten Team beurteilt werden [35]. Häufig findet diese Evaluation bei der morgentlichen Visite statt, welche bei Routineverlegungen auch ausreichend erscheint [40], aber mögliche Verlegungsoptionen bei einer positiven klinischen Entwicklung im Tagesverlauf nicht berücksichtigt. Eine regelmäßige und häufigere Beurteilung der Verlegungsfähigkeit erscheint somit sinnvoll. Die Entscheidung für eine Verlegung muss anhand patientenspezifischer und ethisch-sozialer Faktoren (Tab. 4) sowie nach klinischer Einschätzung getroffen werden.

Letztendlich wird die Verlegungsentcheidung von Intensivmediziner*innen auf Basis ihrer Erfahrung, Qualifikation und den gegebenen Rahmenbedingungen der Klinik getroffen [36] und sollte nicht in stressigen Situationen und unter zeitlichem Druck erfolgen [35].

Fazit

Unabhängig von einer Pandemie sollte ein effizientes Krisenmanagement vorhanden sein, um die Patientenversorgung auch bei kurzfristigen Personalengpässen sicherzustellen. Dennoch kann dies nicht als dauerhafte Lösung dienen, um den bestehenden und anhaltenden Fachkräftemangel abzufedern. Vielmehr müssen Strategien entwickelt und optimiert werden, um dem Problem des Fachkräftemangels langfristig entgegenzuwirken. Hierzu zählen beispielsweise die Umsetzung des Gesetzes der Pflegepersonaluntergrenzen, die Rekrutierung ausländischer Fachkräfte, die Verbesserung der Ausbildungsstrukturen, die Etablierung flexibler Arbeitszeitmodelle, mehr Autonomie und Mitspracherecht, aber auch eine finanzielle Wertschätzung.

Tabelle 4

Bewertungskriterien einer Verlegung [36].

Patientenspezifische Faktoren	Ethisch-soziale Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Schwere der Grunderkrankung • Ausmaß akuter Erkrankung • physiologische und kognitive Reserve • aktueller Umfang von Therapieanwendungen • chronische Erkrankungen • Komorbidität • Alter • Gebrechlichkeit • Prognose • aktuelle körperliche Funktionalität 	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenwunsch • „Nichtansprechen“ auf therapeutische Maßnahmen • Zugang zu alternativen Behandlungspfaden wie Palliativpflege • Zu erwartende Lebensqualität

Literatur

1. Karagiannidis C, Hermes C, Kluge S, Hooven T van den, Janssens U: Drohende Personalausfälle. Deutsches Ärzteblatt 2020;117:A 2227–A 2228
2. Deutsches Ärzteblatt: Corona: Krankenhäuser sollen ab Montag alle planbaren Eingriffe verschieben. 2020; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111034/Corona-Krankenhaeuser-sollen-ab-Montag-alle-planbaren-Eingriffe-verschieben> (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
3. Gräske J, Lengert-Brzozowski S, Neumann F, Görsch L, Biniok M, Koppe L: COVID-19-Pandemie in Berlin und Brandenburg – Eine Ist-Analyse in Krankenhäusern aus Sicht des Pflegemanagements. Pflege 2021;34:3–12
4. Deutsches Ärzteblatt: Bundesrat billigt Krankenhausentlastungsgesetz. 2020; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111445/Bundesrat-billigt-Krankenhausentlastungsgesetz> (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
5. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.: Intensivregister. 2022; www.intensivregister.de (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
6. Bundesministerium für Gesundheit: Pflegepersonaluntergrenzen. 2021; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/200723_Zweite_Verordnung_zur_Aenderung_der_Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung.pdf (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
7. Gräske J, Forbrig TA, Koppe L, Urban S, Neumann F, Boguth K: Gratifikationskrisen, Arbeitsfähigkeit und Wunsch nach beruflichen Veränderungen – eine Querschnittsstudie bei Pflegepersonen. Gesundheitswesen 2023;85:419–426
8. Blum K, Offermann M, Steffen P: Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030. 2019; https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2019/2019-10-22_PM_Anlage_DKG_zum_DKI-Gutachten_Pflege.pdf (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
9. Sende C, Moser K, Galais N, Hasenau K: Flexibler Mitarbeiterinsatz. Ergebnisse einer deutschlandweiten Unternehmensbefragung. Industrie-Management 2011;27:52–56
10. Jeske T, Garrel J von, Starke J: Erfolgsfaktor Flexibilität. Ergebnisse einer deutschlandweiten Unternehmensbefragung. Industrial engineering 2011;64:20–23
11. Bellmann L, Christian H: Interne und externe Flexibilität. WSI-Mitteilungen 2006:241–246
12. Herrmann L, Fischer C: Sieben Fehler beim Ausfallmanagement in der Pflege – und wie sie behoben werden können. Pflegezeitschrift 2016;69:240–245
13. Zegelin A: Brauchen wir Priorisierung? Die Schwester Der Pfleger 2015:74–77
14. Bamberg C, Kasper N, Korff M, Herbold R (Hrsg.): Moderne Stationsorganisation im Krankenhaus. Berlin, Germany, Heidelberg: Springer 2018
15. Herrmann L: Dienstplanung im Stationären Pflegedienst: Methoden, Tools und Fallbeispiele. Wiesbaden: Gabler 2019
16. Mattern K, Quellmalz C, Richter M, Ditrich K, Luntz J: Ein Pool für alle Fälle. Die Schwester Der Pfleger 2018;57:72–74
17. Werner B, Reimers S, Piontek M: Der flexible Mitarbeiterpool in der Intensivpflege. Die Schwester Der Pfleger 2010;49:1006–1011
18. Morath V, Pröfrock P, Henke M: Bedarfsadaptierte Personalplanung.

- 2015; <https://www.bibliomed-pflege.de/news/29206-bedarfsadaptierte-personalplanung> (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
19. Flerchinger C: Leistungsorientierte außertarifliche Bezahlung: Mitarbeiter im Intensivpool erhalten variable Zulage. *Die Schwester Der Pfleger* 2010;49:180–181
 20. Bräutigam C, Dahlbeck E, Enste P, Evans M, Hilbert J: Arbeitspapier 215: Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. 2010; https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-04758 (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
 21. Hermes C, Petersen-Ewert C: Leih- und Zeitarbeit in der Intensivpflege: Auswirkungen auf die Patientenversorgung der Überwachungs- und Intensivstationen. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2022;117:16–23
 22. Kaiser S, Bamberg E, Klatt R, Schmicker S: Arbeits- und Beschäftigungsformen im Wandel. Wiesbaden: Springer Gabler. 2013
 23. Osterloh F: Honorar- und Zeitarbeit: Der Markt verändert sich. *Deutsches Ärzteblatt* 2019;116:A1415-A1418
 24. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Impulspapier-Arbeitnehmerüberlassung in der Pflege. 2019; <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Impulspapier-Arbeitnehmerueberlassung-in-der-Pflege-2019-09.pdf> (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
 25. Deutsches Krankenhaus Institut: DK1 Krankenhaus-Pool. Umfrage November 2022. Leiharbeit im Krankenhaus. 2022; https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/DKI-Krankenhaus-Pool_Leiharbeit_im_Krankenhaus.pdf (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
 26. Jansen G, Latka E, Behrens F, Zeiser S, Scholz S, Janus S et al: Kliniksinitäter. Ein interprofessionelles Blended-Learning-Konzept zur Weiterqualifikation von Rettungsdienst- und medizinischem Personal zum Einsatz auf Intensivstationen und in Notaufnahmen während der COVID-19-Pandemie. *Der Anästhesist* 2021;70:13–22
 27. Klatthaar M, Zergiebel D: Organisation eines Schulungsprogramm im Pandemiefall. 2020; <https://www.divi.de/component/edocman/200401-organisation-eines-schulungsprogramms-im-pandemiefall-muenster-pdf/download> (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
 28. Sopka S, Jung C, Janssens U, Deitmer T, Dauer B, Francis R et al: Empfehlung zu Schulungen von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen bei Einsatz während der COVID-19-Pandemie – Erweiterung von Personalressourcen zum Einsatz in Risikobereichen und der Versorgung von kritisch kranken COVID-19 Patientinnen und Patienten. 2020; https://register.awmf.org/assets/guidelines/001-045I_S1_Schulung-von-Mitarbeitenden-im-Gesundheitswesen-bei-Einsatz-waehrend-der-COVID-19-Pandemie_2020-verlaengert_01.pdf (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
 29. Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin, Heidelberg: Springer 2019
 30. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.: Arbeitshilfe zu step-up Qualifizierungen und step-up Personaleinsatz bei erhöhtem Erkrankungsaufkommen im Rahmen der SARS-CoV-2 Herausforderungen und Covid19 Erkrankungen in den Kliniken. 2020; <https://www.divi.de/component/edocman/200323-covid-19-divi-empfehlung-step-up-qualifizierung-pflege-personaleinsatz-pdf/download> (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
 31. Larsen R, Fink T, Müller-Wolff T (Hrsg.): *Larsens Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege*. 10. Auflage Berlin: Springer 2021
 32. Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V., Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.: Stellungnahme zur Stärkung und Zukunft der Intensivpflege in Deutschland. 2021; <https://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/DGF-und-DIVI-Stellungnahme-zur-St%C3%A4rkung-und-Zukunft-der-der-Intensivpflege-in-Deutschland.pdf> (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
 33. Deutsches Krankenhaus Institut: Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. 2010; https://www.dki.de/fileadmin/publikationen/neuordnung_pflege_langfassung1.pdf (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
 34. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.: Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie: Version 3. Klinisch-ethische Empfehlungen. 2021; https://register.awmf.org/assets/guidelines/040-013I_S1_Zuteilung-intensivmedizinischer-Ressourcen-im-Kontext-der-COVID-19-Pandemie-Klinisch-ethische_Empfehlungen_2021-12_1-abgelaufen.pdf (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
 35. Böttiger BW, Kuckelt W (Hrsg.): *Jahrbuch Intensivmedizin 2020*. Lengerich: Pabst Science Publishers. 2020
 36. Hiller M, Spohn K, Schütte JK, Bracht H, Hering R, Bakker J et al: Objektive Verlegungskriterien und proaktives Verlegungsmanagement zur Steuerung von intensivmedizinischen Kapazitäten. *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 2020;61:569–578
 37. Hamsen U, Waydhas C, Wildenauer R, Schildhauer TA, Schwenk W: Ungeplante Aufnahmen oder Rückverlegungen auf die Intensivstation: Vermeidbar oder schicksalhaft? *Der Chirurg* 2018;89:289–295
 38. Karagiannidis C, Kluge S, Walcher F, Marx G: Intensivstationen: Ein Drittel der Betten ist gesperrt. *Deutsches Ärzteblatt* 2021;118
 39. Technische Hochschule Köln: Intensivbetten-Simulator für Covid-19-Patientinnen und -Patienten. 2020; https://www.th-koeln.de/hochschule/babsim-hospital-intensivbetten-simulator-fuer-covid-19-patientinnen_79381.php (Zugriffsdatum: 07.12.2024)
 40. Wilhelm W (Hrsg.): *Praxis der Intensivmedizin: Konkret, kompakt, interdisziplinär*. Heidelberg: Springer Medizin. 2011
 41. Deutscher Berufsverband Anästhesietechnischer und Operationstechnischer Assistenz: Einsatz von ATA/OTA in der Pflege nach § 5 Abs. 2 PflBG in Pandemiezeiten. 2021; <https://ata-ota.org/2021/06/17/stellungnahme-zum-einsatz-von-ata-ota-in-der-pflege/> (Zugriffsdatum: 07.12.2024).

Korrespondenz- adresse



David Haubner

Gesundheits- und Sozialmanagement (B.A.)
 Akademie für Gesundheitsberufe
 Wieblingler Weg 19
 69123 Heidelberg, Deutschland
 Tel.: 06221 56-310671
 Fax: 06221 56-4968
 E-Mail: david.haubner@med.uni-heidelberg.de
 ORCID-ID: 0009-0004-2279-6625

Anhang

