



Maintal, 4. Februar 2015

Presseerklärung des vdää zu den Todesfällen

im Rahmen des Acinetobacter-baumannii-Ausbruchs am UKSH Kiel

Der vdää bedauert die tragischen Todesfälle, die durch den Ausbruch des multiresistenten 4-MRGN Bakteriums der Gattung *Acinetobacter baumannii* auf der Intensivstation des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) Campus Kiel eingetreten sind. Prinzipiell kann ein solcher Ausbruch jede Klinik treffen. Dass nun das UKSH Kiel in einem derartigen Ausmaß betroffen ist, hat jedoch mit der speziellen Situation vor Ort zu tun. Seit Jahren leiden das Klinikum und insbesondere die betroffene Station unter personeller Unterbesetzung und schwierigen baulichen Verhältnissen. Der vdää beobachtet an immer mehr deutschen Kliniken eine Zuspitzung des Personal mangels unter den Finanzierungsbedingungen des DRG-Systems. Auch Gebäude und deren Ausstattung bleiben immer weiter hinter den Erfordernissen zurück, weil die Bundesländer nur ein Bruchteil der notwendigen Investitionsmittel bereitstellen.

In praktisch jeder Schicht auf der betroffenen Intensivstation am UKSH werden, so Informationen der Gewerkschaft ver.di, von Beschäftigten der Pflege Überlastungsanzeigen geschrieben. Tagsüber betreue eine Pflegekraft 2-3 Patienten, nachts 3-4 zum Großteil beatmete, hochkomplexe internistische PatientInnen. Zum Vergleich: In den Niederlanden und in den skandinavischen Ländern ist auf Intensivstationen eine Verhältnis Pflege zu Patient von 1:1 üblich, was nachweislich zu einer Verminderung von nosokomialen Infektionen führt.ⁱ

Außerdem nimmt die Zahl von kurzfristig angestellten MitarbeiterInnen (LeiharbeiterInnen, Pflegepool) am UKSH zu. In verschiedenen Studien ist belegt, dass dies eine Zunahme von nosokomialen Infektionen zusätzlich begünstigt.ⁱⁱ Die absolute Zahl der outgesourceten (und deutlich schlechter bezahlten) Service- und Reinigungskräfte der UKSH ist in den letzten Jahren zwar konstant geblieben, aber – nach Informationen des NDR – die Arbeitsfelder seien deutlich erweitert worden, so dass pro Station und Zeiteinheit weniger Reinigungspersonal zur Verfügung steht. Auch auf ärztlicher Seite nahm die Arbeitsbelastung in den letzten Jahren durch Mitbetreuung weiterer Stationen stetig zu.

Die bauliche Situation in den zum Teil über hundert Jahre alten Gebäuden ist eine enorme Herausforderung: Auf der Intensivstation sind, wie man in einem NDR-Bericht diese Woche sehen konnte, Dreibettzimmer die Regel, es gibt wenige Einzel- / Iso-Zimmer. Die vorhandenen Einzelzimmer verfügen nicht über einen Vorraum als

Schleuse und die Tür öffnet sich direkt in den zentralen Stationsraum. Diese unzureichenden Isolationsmöglichkeiten sind ein wesentlicher Faktor für nosokomiale Infektionen. Der Indexpatient des aktuellen Acinetobacter-baumannii-Ausbruchs wurde aufgrund fehlender Isolationsmöglichkeiten zunächst in einem Dreibettzimmer untergebrachtⁱⁱⁱ – ein Umstand, der sicherlich zur Verbreitung des Keims beigetragen hat.

Einige dieser Mängel, wie die bauliche Situation, sind strukturell bedingt und werden sich voraussichtlich wohl erst mit einem geplanten Neubau dauerhaft verbessern. Andere, wie der eklatante Personalmangel, sind jedoch hausgemacht. Da das UKSH als wirtschaftlich handelndes Unternehmen im wettbewerblich organisierten Krankenhaussektor die Kosten möglichst gering halten muss, ist Personalverknappung bis zum Notstand vorprogrammiert. Das Grundproblem ist hierbei die Ökonomisierung der (stationären) Gesundheitsversorgung mit den unzureichenden pauschalieren Entgelten im deutschen DRG-System.

Der vdää fordert, aus dem aktuellen Ausbruch die richtige Konsequenz zu ziehen und die personelle Situation der betroffenen Stationen dauerhaft zu verbessern. Ein Betreuungsschlüssel von 1:1 (Pflegekraft/Patient), wie in den Niederlanden und vielen skandinavischen Ländern üblich, sollte das Ziel sein. Zu erreichen wäre dies durch eine gesetzlich vorgeschriebene Personalbemessung, wie sie z.B. die Gewerkschaft ver.di fordert. Ein festes Zahlenverhältnis von Pflegekraft zu Patient wäre des Weiteren auch auf Normalstation anzustreben. Die Schaffung von Einzelzimmern auf den Intensivstationen sowie in der Notaufnahme sollte zudem Bestandteil baulicher Erneuerungen sein. Dazu müssen die Bundesländer endlich höhere Investitionsmittel bereitstellen, statt diese immer weiter zu kürzen, um ausgeglichene Länderaushalte zu erreichen.

Außerdem muss das von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) empfohlene risikoadaptierte Screening für multiresistente Erreger konsequent umgesetzt werden. Hierbei werden Hochrisikopatienten (z.B. nach vorangegangenen Krankenhausaufenthalten im Ausland) bei Übernahme und Erstaufnahme obligat so lange isoliert, bis das Screening-Ergebnis vorliegt.

Prof. Dr. Wulf Dietrich (Vorsitzender)
Dr. Peter Hoffmann (stellv. Vorsitzender)

ⁱ Stone PW1, Mooney-Kane C, Dick AW. et al. Nurse working conditions and patient safety outcomes. Med Care 2007 Jun.

ⁱⁱ Robert J, Fridkin SK, Blumberg HM et al. The influence of the composition of the nursing staff on primary bloodstream infection rates in a surgical intensive care unit. Infect Control Hosp Epidemiol 2000; 21: 12 – 17

ⁱⁱⁱ <http://www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/UKSH-Keim-breitet-sich-nicht-weiter-aus,keim104.html>