

Pflegepersonaluntergrenzen- Verordnung

Stellungnahme der DGNC (Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie)

12.9.2018

Die angesprochenen Bereiche umfassen **in der Einführungsphase** die Fachabteilungen der **Intensivmedizin**, der **Geriatric**, der **Unfallchirurgie**, der **Kardiologie**, der **Neurologie** oder der **Herzchirurgie** (§ 3). Die Allgemeinstationen sind bisher nicht berücksichtigt. Die Intensivmedizin umfasst wohl die eigentliche Intensivstation (ICU) und die Intermedia Care Station (IMC). Dies käme dem neurochirurgischen Krankengut entgegen. Unverständlich ist, dass die Intensivmedizin **nicht nach Fachabteilungen unterschieden** wird.

Warum die Neurologie aber nicht die Neurochirurgie extra aufgeführt ist, wird nicht begründet. Überraschend und nicht akzeptabel ist, dass in der Anlage zu §3 die DRG unter Neurologie die wesentlichen Bezeichnungen der neurochirurgischen Intensivmedizin aufgeführt sind (Seite 19-23). Wie: die DRG B02D (Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation usw.), B13Z (Epilepsiechirurgie mit invasiven präoperativen Video-EEG usw.), B17A (Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems usw.).

B21A (Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation usw.),

B66D (Neubildungen des Nervensystems ..Alter> 15 Jahre),

B86Z (Rückenmarkskompression ...) und viele andere.

Festzustellen ist, dass die **Neurochirurgie Schrittmacher der Intensivmedizin war und ist**, insbesondere was die maschinelle Beatmung und das Neuromonitoring angeht. In dem Gesetz wird nicht unterschieden zwischen der neurologischen Intensivmedizin und den Schlaganfall-Abteilungen (Stroke Units) der Neurologie, die in Deutschland flächendeckend vorhanden sind und seit Jahren durch den GBA strikt reguliert sind. Dies kommt auch in dem vorliegenden Entwurf zum Ausdruck, die alle DRG Ziffern enthält bezüglich der Apoplexie(Seite 20-21). Deshalb ist verständlich, dass eine eigentliche neurologische Intensivstation bisher nur an einzelnen Krankenhäuser selbständig besteht. Im Gegensatz hierzu hat sich die neurochirurgische Intensivmedizin in den letzten Jahrzehnten und Jahren stürmisch entwickelt von z.B. 847 Betten (2015) auf 1032 Intensivbetten (2016, DESTATIS).

In dem Bereich Intensivmedizin wird nach Tag – und Nachtschicht unterschieden auch zwischen werktags, am Wochenende und feiertags (§6). Warum gerade die Nachtschicht einen geringeren Personalbedarf hat, ist gerade in der Neurochirurgie nicht nachvollziehbar. **Viele Unfälle mit Schädelhirnverletzungen und Hirnblutungen kommen nachts zur Aufnahme.** Statistisch nachweisbar ist (DIMDI) dass zudem gerade die Schädelhirnverletzungen in Deutschland -leider- weiter zunehmen.

Bei der Personalbemessung wird zusätzlich unterschieden in Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte (§6), wobei der Schlüssel auf 8,5 Prozent in der Tagschicht und 5,9 Prozent in der Nachtschicht willkürlich festgelegt wurde. In Hinblick auf die Veränderungen im Bereich der Intensivmedizin im pflegerischen und ärztlichen Bereich ist diese willkürliche Festlegung ein den Fortschritt in der Medizin

hemmender Maßstab. Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung wird auf die Wichtigkeit der Digitalisierung und Deutschland 4.0 hingewiesen. Das vorliegende Gesetz geht davon aus, dass es **keine Entwicklung in der Pflege wie Pflege 4.0 gibt**, obwohl heute schon unterschiedliche Prozesse in Umsetzung sind, wie die Stationssekretärin, Dokumentationsassistenten, internes Transportpersonal, Informationstechniker und intelligente Monitoringsysteme.

Der schwerwiegendste Mangel des vorliegenden Entwurfes ist das fehlende **Ausfallkonzept**. Schon heute müssen Operationen wegen fehlendem Anästhesiepersonal abgesetzt oder verschoben werden. Jetzt wird der Pflegemangel noch durch ein enges und starres Schlüsselkonzept erheblich verstärkt. Nicht nur das, sondern auch bei Personalmangel durch eine Grippeepidemie wie in diesem Jahr oder vermehrte Krankheitsausfälle der unterschiedlichsten Art. Wohin soll dann der Intensivpatient verlegt werden? Wer ist dafür verantwortlich, das zuständige Gesundheitsministerium des Bundeslandes oder der Bund? Ausweichkapazitäten kann doch wahrscheinlich nur das Land schaffen.

Prof.Dr.med.Wolf Ingo Steudel

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC

Mail: prof.steudel@uks.eu